前　　言

我国老中医药专家的学术经验和技术专长是中医药理论与他们长期实践相结合的结晶，是祖国医学文化宝库的珍贵财富。为此，人事部、卫生部、国家中医药管理局1990年联合发出了《关于采取紧急措施，做好老中医药专家学术经验继承工作的决定》。同年10月，在北京人民大会堂举行了隆重的拜师大会。全国各地相继遴选出近500名具有独到经验和专长的老中医药专家作为指导教师，并为他们配备了一批中青年助手作为学术继承人，开展了为期三年的师承面授、学习和总结老中医药专家学术经验的继承工作。

为了促进继承工作更好地开展，国家中医药管理局继承工作办公室和中国中医药学会联合举办了两次优秀论文评选活动。第一次是以总结老中医药专家的治学方法与经验为选题，我们已编辑出版了《中医药治学经验录》。第二次是以总结老中医药专家临床和实践经验为选题，应征论文从各个不同的学科方面，揭示了老专家们的学术思想和实践经验，可谓集当代中医药名家学术经验之大成。我们在有关专家评审的基础上，从中选取181篇有代表性的论文，删繁整理，编辑成《全国五百名老中医药专家独特经验精华——杏林真传》。本书既可指导中医药师承教育对象跟师学习研究，也可供广大中医药人员自学深造提高。

总之，编辑出版老中医药专家的学术经验，对培养新一代高层次专业人才，推动中医药学术和事业的发展，将起到积极面深远的影响。

编者

VISIT…

LANZAROTE Caliente.com

目　　录

一、内　科

刘渡舟　临床抓主症问题……(1)
朱良春　虫类药应用发挥……(4)
李寿山　察舌脉　辨瘀征……(7)
祝谌予　治疗糖尿病经验举要……(10)
邓铁涛　重症肌无力之认识与辨证论治……(13)
刘志明　治疗肾炎病的经验……(17)
李辅仁　救误经验……(20)
万友生　阴火的辨证求本与遣方用药……(23)
裘沛然　遣方用药经验举隅……(26)
米伯让　防治流行性出血热的经验……(29)
高辉远　治疗老年病用药经验简介……(31)
欧阳锜　求本·察舌·解毒……(34)
刘炳凡　治疗内科疑难急症的经验……(37)
李今庸　水肿病治疗提要……(40)
高辉远　治疗温热病学术经验初探……(43)
焦树德　尪痹三悟……(46)
王绵之　辨治疑难病证经验……(50)
李振华　治疗心脏室性早搏的方法与经验……(53)
郭振球　温病微观诊舌经验的临床研究……(55)
洪广祥　疏利气机法治疗支气管哮喘的经验……(60)
柴浩然　治疗急性肾炎的经验……(62)
王为兰　遣方用药初探……(65)
查玉明　辨证分型治疗糖尿病 209 例临床疗效分析……(68)
龚子夫　对肝病的诊察经验……(71)
陈克忠　治疗高脂血症经验……(74)
李裕蕃　临床应用组药之经验……(77)
杨百茀　从痰饮论治疑难病经验举隅……(80)
钱远铭　用下法治疗渗出性胸膜炎的经验……(83)
孟铭三　清肺调血汤治疗肺热型急慢性支气管炎的研究……(86)
宋孝志　治疗老年抑郁症四法……(89)
陆芷青　胆胀证治八法……(92)

曾庆骅　运用复元活血汤治疗肝脓肿的经验……（95）
张镜人　治胃炎十法……（99）
周仲瑛　"肺阳实"笔谈……（101）
赵冠英　辨治急性心肌梗塞的经验……（104）
谢海洲　从肝论治神经衰弱……（107）
路志正　治疗"肝心痛"临床思路与方法……（109）
盛国荣　治疗疑难急症经验举隅……（112）
俞慎初　临床治疗咳喘的经验……（115）
周次清　治疗冠心病的经验简介……（118）
李今庸　辨证论治"五忌"……（121）
祝谌予　临证遣方经验简介……（124）
梁贻俊　关格危证治验……（127）
刘炳凡　治疗恶性肿瘤经验……（130）
周次清　辨证高血压的经验……（133）
夏锦堂　论补脾法的临床意义……（136）
肖　珙　眼皮颤动的望诊与心悸的辨证施治……（139）
汪履秋　辨证心要……（141）
刘茂甫　补肾化瘀法治疗中、晚期肝癌的经验……（144）
钟明远　师古承精义　创新通络方……（146）
杨百茀　经验方特点探析……（149）
谷济生　"慢肝宁"治疗慢性肝炎……（152）
陈克忠　运用益气补肾法"康宝口服液"延缓衰老的研究……（155）
王与贤　辨证治则和遣方用药拾粹……（158）
杜建民　慢性肾病的舌边横纹观察……（161）
李昌源　异治案例选……（164）
陈苏生　病多参郁　调气为要……（167）
卢　芳　吐法在急症中的应用……（170）
郭中元　治疗疑难病贵在知常达变……（173）
张剑秋　中药治愈颅内两侧出血……（176）
胡翘武　治疗支气管哮喘的经验……（178）
汪承柏　苓桂术甘汤加减治黄经验……（181）
尚尔寿　辨治进行性肌营养不良症的经验……（184）
陆芷青　痰症证治举隅……（187）
颜德馨　治疗狐惑病经验……（190）
赵　棻　治疗脾匮型慢性萎缩性胃炎经验……（192）
蒋文照　运用旋复代赭汤的经验……（196）
于己百　治疗萎缩性胃炎"五字诀"……（199）
王乐匋　治外感热病运用附子的经验……（202）
王祖雄　治疗胃脘痛经验举隅……（205）
吴德兴　诊治乙型肝炎的经验……（208）

张志钧　辨证论治病态窦房结综合征 28 例疗效观察……(211)
高濯风　治疗心律失常的经验……(214)
陈可望　非活血化瘀法治疗冠心病……(217)
何　任　治疗癌症的"十二字"法则……(221)
李培生　运用经方诊治急症的经验……(224)
汪履秋　辨病创方录……(227)
张志雄　运用豆豉治疗伤寒热病的经验……(233)
赵培贵　血精治验体会……(235)
易希园　治疗乙肝三法……(238)
李玉奇　脾胃病望诊新论……(240)
钟育衡　香薷饮加味治疗暑喘经验……(243)
李孔定　诊治Ⅱ型糖尿病的经验……(245)
关汝耀　诊法特色……(248)
赵炯恒　用经方治疗疑难证的临床经验……(250)
林庆祥　临证辨治拾萃……(253)
谷铭三　肺癌辨证用药规律……(256)
俞长荣　一贯煎的应用体会……(258)
史方奇　麦门冬汤化裁四方的临床应用……(261)
王乐匋　寒温同用法治验举隅……(263)
郑惠伯　达原柴胡饮救误案三例辨析……(266)
王乐善　治疗重症肌无力的经验……(269)
康良石　急黄"四及早"防治重型肝炎的经验……(271)
王文彦　小柴胡汤的妙用……(274)
梁剑波　治疗中风后遗症方药特点……(276)
梁乃津　治疗溃疡性结肠炎经验总结……(278)
萧佐桃　扶命培土汤治疗原发性血小板减少性紫癜 64 例临床观察……(281)
沈炎南　抢救痨瘵大咯血病案剖析……(283)
蔡友敬　治疗顽痹的经验……(286)
李士桂　临床辨证举隅……(289)
李幼昌　治疗湿病的临床经验……(292)
杨继荪　老年常见病的证治经验……(295)
钟一棠　治疗过敏性紫癜的经验……(298)
张子义　临床辨治经验举隅……(301)
陈伯咸　辨证病毒性肝炎特色……(304)
胡毓恒　痹源正虚湿为首　治拟驱湿靖痹汤……(307)
徐景藩　对残胃炎的诊治要点……(310)
谢昌仁　夏用热药　冬用寒药……(312)
王玉玲　遣方用药经验举隅……(315)
董漱六　三例重危昏迷病人治验案……(317)
田乃庚　慢性肾小球肾炎的治疗经验……(320)

赵冠英　治疗肿瘤经验琐谈……(323)
乔保钧　谨守中医病机要以证为凭……(326)
李丹初　治疗慢性肾病的临床经验……(330)
吕继端　脑病治痰经验举隅……(334)
王嘉林　慢性结肠炎的治疗经验……(336)
周信有　乙型肝炎的辨治原则与"舒肝消积丸"的研制……(338)
王德光　运用木香流气饮的经验……(341)
陶克文　眩晕论治经验初探……(343)
梁剑波　常见消化系肿瘤的辨证施治……(346)

二、外科、皮肤科、五官科

夏少农　"温药和之"在外科临床上的应用……(349)
王玉章　疮疡当辨真寒假热……(352)
张瑞丰　治疗脱疽的经验……(354)
顾伯华　治疗乳癖经验……(356)
姜树荆　硬皮病证治经验……(359)
张作舟　清热除湿法在皮肤科的应用……(362)
衣元良　祛障明目汤治疗早期老年性白内障……(364)
赵绍琴　治疗失音的经验……(366)
干祖望　临床辨证经验阐微……(369)

三、妇　科

班秀文　运用鸡血藤治疗妇科病的经验……(371)
王绵之　妇科处方用药特色……(373)
许润三　治疗输卵管阻塞性不孕症的经验……(376)
潘佛岩　治疗青春期"功血"危证经验……(379)
郑惠芳　治疗崩漏遣方的经验……(381)
丁启后　久不孕　必治瘀……(384)
冯发祥　不孕治验二则……(387)
刘云鹏　女科证纠误病案举隅……(389)
罗元恺　妇科望诊经验……(392)
郑惠芳　运用举元煎治疗崩漏的经验……(395)
罗元恺　辨证论治中的两分法……(398)

四、儿　科

午雪峤　小儿脾阴虚临床论治经验……(401)

江育仁 小儿运脾治则的研究心得……(404)
刘弼臣 从肺论治小儿肾病综合征……(407)
李少川 治疗小儿癫痫的研究……(411)
王 烈 治小儿哮喘的经验与新药研究……(414)
廖浚泉 婴幼儿腹泻的辨证论治……(418)
王传吉 治疗小儿哮喘的方法与经验……(421)
马新云 小儿外感病的辨证用药……(424)
李树棠 小儿泄泻肛诊的临床意义及小儿泄泻证辨证治疗经验……(427)
詹起荪 小儿健脾暖胃袋治疗脾虚证的临床研究……(429)
刘云山 治疗小儿咳喘病的经验……(431)
郑惠伯 治疗小儿肺炎的经验和体会……(434)

五、针灸、骨伤科

金安德 矩阵针灸治疗外伤瘫痪的疗效分析……(436)
贺普仁 “三通法”的学术思想……(440)
李仲愚 北辰穴、八荒穴及其临床应用……(443)
邵经明 针灸防治哮喘经验……(446)
彭静山 对“观眼识病”的研究……(448)
杨介宾 针灸刺血治病经验摘萃……(451)
魏 稼 从“疗法互补论”指导针治哮喘的经验……(453)
张子菡 针刺治疗中风后遗症的临床经验……(456)
周楣声 灸法治疗流行性出血热及辨证分型初步方案……(459)
张子菡 针灸辨治中风病学术思想及电脑系统医理设计……(462)
宗瑞麟 徐捻轻压针法……(466)
刘冠军 论针灸治则……(468)
马在山 治疗儿童股骨头坏死病68例临床报告……(471)
胡黎生 三踝骨折合并距骨脱位的治疗方法与经验……(474)
马在山 治疗红斑狼疮引起股骨头缺血性坏死的经验……(477)
郭维淮 治疗慢性腰腿病的经验……(479)
刘柏龄 治伤手法经验……(482)
施维智 治疗骨迟缓愈合的经验体会……(485)

六、中 药

刘 俭 商品乌梢蛇实用鉴别研究……(488)
谢宗万 狼毒药用品种的古今变化及其鉴别……(491)
尚志钧 牡丹皮的品种及药用沿革考察……(494)

刘　明　鉴药"四纲""八法"……………………………………………………………………（498）
刘　俭　西洋参鉴别经验…………………………………………………………………………（501）
叶明波　神曲的炮制方法及其研究…………………………………………………………（504）
涂绍川　十八反中川乌配伍的成份及有害元素测定……………………………………（508）
冯耀南　中药材经验鉴别的具体方法………………………………………………………（511）
吕侠卿　中药传统鉴别奥秘初探……………………………………………………………（514）
李大经　烫制穿山甲的经验……………………………………………………………………（517）
陈绪伦　切制前水处理的最佳软化方法——砂润法……………………………………（519）

内 科

刘渡舟 临床抓主症问题

在临床跟随刘渡舟老师学习的过程中，我深刻认识到，刘老师丰富的临床经验之中贯穿着一个总纲，这个总纲就是他所大力提倡并且擅长运用的抓主症方法。在刘老师的指导下，我以临床观察为依据，并结合自己的学习体会，将其抓主症方法介绍如下。

一、理论认识

（一）什么是主症及抓主症方法　主症就是疾病的主要脉症，是疾病之基本的病理变化的外在表现。每一种病都有它特异性的主症，可以是一个症状，也可能由若干个症状组成。抓主症方法即依据疾病的主要脉症而确定诊断并处以方药的辨证施治方法。如临床常见的寒热错杂性心下痞证，其本质病理是中焦寒热错杂、脾胃升降失常。这样的病变必然引起心下痞、呕而下利等症状，这“心下痞、呕而下利”便是主症；临床上若见到这样的现象，医生便立刻可以确诊上述病变的存在，并处以辛开苦降、寒温并用的泻心汤，这一过程便是“抓主症”。由此可见，主症是诊断标准，也是投方指征。刘老师所谓“主症是辨证的关键，反映了疾病的基本病变，是最可靠的临床依据”，说的正是这层意义。抓主症方法有两个最主要的特点：其一，抓主症一般不需作直接的病机（包括病因、病位、病势、病性）辨析，病机辨析潜在于主症辨析；其二，主症多与首选方剂联系在一起，抓主症具有“汤证辨证”的特点。

（二）抓主症的意义　刘老师对抓主症方法非常重视，评价极高。他曾多次撰文从经方应用的角度阐述这个问题。他认为“抓主症”是辨证的“最高水平”，意义很大。归纳起来，抓主症的意义主要在于这样三个方面：

（1）实用性强　历代医家虽然总结提出了不少辨证施治方法，但比较起来，其中要数抓主症方法最为实用，最为常用，使用最为广泛。这是因为它使用起来更加具体、更加简捷、更少教条、更多灵

活。

（2）治病求本　抓主症方法能使中医治病求本的原则得到很好的实现。从表面上看，抓主症很有可能被理解为是一种“头痛医头、脚痛医脚”的肤浅的治标方法。其实抓主症不仅不是治标，而正是治本。我们知道，疾病的“本”就是疾病之本质的、基本的病变。中医对疾病之本质病理的认识主要是通过投方施治、依据疗效进行推理而间接获得。如真武汤治之得愈者是阳虚水饮证，四逆散治之得愈者是阳气郁结证，这便是中医认识疾病本质的最主要的、同时也是决定性的方法。历代医生在长期的临床实践中，通过这样的方法，逐渐认识到了众多病证的本质病理以及反映其本质病理的脉症，也就是主症。如我们所熟知的小柴胡汤证的“柴胡七症”、麻黄汤证的“麻黄八症”以及热实结胸的“结胸三症”等等，便都是古代医生探索并总结出来的。抓住这样的主症，实施针对性的治疗，这就是治本。

（3）疗效理想　如上所述，抓主症体现了治病求本的原则，而且一般说来，主症又总是与最佳的方药联系在一起，所以抓住了主症就同时选择到了对证的方药，因而也就可以取得理想的疗效。必须说明的是，抓主症方法是辨证施治与专病专方两种方法的有机结合，这当然也是理想疗效的保证。

二、临床运用

（一）基础　熟记各种病证的主症是运用抓主症方法的基础，是基本功。刘老师说，要善于抓主症就要多读书，多记书。书本中记载着临床医家的宝贵经验，记载着他们在长期的临床实践中发现的各种病证的主症。如果医生的记忆中没有储存足够的主症，那么要抓主症就只能是一句空话。他指出，《伤寒论》、《金匮要略》、《医宗金鉴·杂病心法要诀》以及金元四大家和温病学家叶、薛、吴、王的著作具有很高的价值，其中的重点内容应该反复学习并牢记于心。他对这些书中所载的各种疾病的主症烂熟于心，故在临床上能运用自如。

（二）程序　刘老师的抓主症方法可以总结为“以主诉为线索，有目的地和选择性地诊察，随时分析、检合”这样一个程序。将这一句话分解开来，也就是说围绕着患者的主诉，通过四诊方法有目的地、选择性地收集有辨证意义的临床资料，并且随时与自己记忆中的主症系统进行对照比较、分析检验，以判断二者是否吻合。在这种诊察和检合过程中，他的思维十分灵活，充分考虑各种病证的可能性，而决不是拘泥、刻板的。一旦收集到的脉症已经符合某个病症的主症，就当即立断，迅速处治。这里举一个典型案例来说明刘老师的抓主症方法。患者张某，女，40 岁，1991 年 12 月 18 日初诊。患者主诉上腹部痞满不舒。这是一个常见症状，在很多病证皆可出现。刘老师首先考虑的是半夏泻心汤证一类的寒热错杂痞，故进一步询问呕恶、肠鸣、下利等症。当这些症状呈阴性时，刘老师转又询问冲气、胸闷、心悸、头晕诸症，以判断是否属于水气上冲病证。患者回答头目眩晕，胸闷胁胀，但并无心悸、气冲感觉。从现有的症状看来，少阳胆气不舒之柴胡证的可能性很大，故刘老师又追问口苦这一少阳病的特异性症状，并联想到太阳表气不开的合并病变，进一步询问项背强痛、四肢疼痛或麻木二大症状。诊察结果表明这些症状都是阳性的。于是刘老师抓住心下痞结、口苦头眩、胸闷胁胀而肢麻的主症，确定张某所患为太少两病的柴胡桂枝汤证，处以柴胡桂枝汤，七剂。一周后患者来述，服药一剂而通体轻快，七剂服尽而诸症大减。这一案例清楚地反映出刘老师抓主症的完整程序。

刘老师指出，在运用抓主症方法时，必须注意下面两点：

（1）不必悉具　一般说来，书本上所记述的主症是典型的，而疾病的实际临床表现往往是变化的，在多数情况下都不象书本上记述的那样完备。这就要求医生能够以少知多，以点见面，仅仅依据

少数的主要脉症即可作出诊断。刘老师反复强调,《伤寒论》"但见一症便是,不必悉具"是一个具有普遍意义的原则,也是抓主症方法的一条重要原则。临床抓主症时,不可强求全部症状的出现。否则就会作茧自缚,必致寸步难行。如他治一女性患者,口苦经年,此外并无它症。刘老师认为这是胆火上炎的反映,是少阳小柴胡汤证的主症,于是便抓住这个主症,投以小柴胡汤原方,服药三周而其病告愈。又如他治一患儿,身面浮肿而浮脉。刘老师抓住这两个主要症状,确定其病为水气外溢肌肤,遂用越婢汤加味发汗散水,一剂肿减,再剂肿消。

(2)删繁就简　如果一位患者的症状很多,表里上下、纷繁复杂,这时医生就不能"眉毛胡子一把抓",而是要用"特写镜头",抓住其中的几个主要症状,依据这几个症状投方施治,刘老师说这叫做"于千军万马中取上将之首"。

(3)辨别疑似　病症的主症大多是具有特异性的,但也有两两相似者,需要细心辨析。若辨之不明,轻易地依照表面上的"吻合"而"抓主症",必然失之毫厘,差之千里。如一孙姓老妪,四肢逆冷,心下悸,小便不利,身体振振然动摇。我辨为阳虚水泛的真武汤证,投真武汤,初服疗效尚可,续服不唯不效,反增烦躁。刘老师指出,真武汤证阳气虚衰,水饮泛滥,必见舌苔水滑,神疲乏力;今患者性情急躁,舌红脉弦,当为阳郁之证。遂改投四逆散疏气解郁,诸症大减。刘老师要求我们在抓主症时要细心,要多考虑几种可能性,就是叫我们避免因主症相似误诊。

三、主症主方举隅

下面再列举刘老师认识到的几种病证的主症及其主方:

(一)腰腿疼痛面胀、舌红苔黄腻面脉滑,或小便黄面不利、或带下量多者,用加味苍柏散。方剂组成:苍术、白术、羌活、独活、生地、知母、黄柏、当归、白芍、牛膝、炙甘草、木通、防己、木瓜、槟榔。

(二)腰腿疼痛面麻、舌红苔黄腻而脉弦细、或小便黄而不利者,用当归拈痛汤。方剂组成:当归、党参、炙甘草、茵陈、茯苓、猪苓、白术、苍术、泽泻、羌活、防风、升麻、黄芩、苦参、知母、葛根。

(三)急、慢性肝炎,ALT 指标异常而舌红苔黄腻、小便短黄者,用刘老师自制柴胡解毒汤。方剂组成:柴胡、黄芩、茵陈、土茯苓、草河车、凤尾草、炙甘草、土鳖虫、茜草。

(四)心脏病,胸闷、心悸、少气,或心下满、或胸痛、或头眩、或小便不利,脉弦紧面苔水滑者,用苓桂术甘汤。方剂组成:茯苓、桂枝、白术、炙甘草。

(五)胸闷胁痛、口苦心烦、纳差便溏,或喜呕、或头眩、或渴者,用柴胡姜桂汤。方剂组成:柴胡、黄芩、桂枝、干姜、炙甘草、牡蛎、天花粉。

由于疾病种类繁多,人们对疾病的认识及对疾病主症系统的掌握都还甚有局限,就必然限制抓主症方法的应用。这可以视为抓主症方法的局限性,需要用其它辨证施治方法来弥补不足。此外,临床医生应该不断探索并掌握更多的疾病的主症系统,并且不断地互相学习、互相交流,以期抓主症功夫达到更高境界。

(傅延龄)

朱良春　虫类药应用发挥

朱良春老师潜心研究虫类药数10年，他撰写的《虫类药的应用》一书，畅销海内外；他创制的以虫类药为主体的“益肾蠲痹丸”，治疗顽痹获得佳效。在继承前人经验和借鉴现代医学理论的基础上，躬身实践，引伸发挥，不断创新，是老师运用虫类药获得成功的宝贵经验，值得我们深刻领会，加以继承。

引伸发展　扩大应用

老师认为，人类对事物的认识是永远没有穷尽的。前辈医家由于时代条件的限制，对许多药物的功用，不可能阐发无余，尚有不少潜在的疗效，等待我们后人去发掘。根据古籍文献之线索，大胆地加以引伸发展，可以扩大应用范畴。如蜂房，《别录》谓其治恶疽、附骨痈，可使“诸毒均瘥”，能治“历节肿出”，故它是一味攻毒疗疮、散肿止痛的佳药。但在临床实践中，老师发现该品能温阳益肾，用治清稀带下和阳痿不举，具有显效。凡带下清稀如水，绵绵如注，用固涩药乏效者，老师于辨证方中加蜂房，屡获佳效。老师认为：“带下清稀，乃肾气不足，累及奇经，带脉失束，湿浊下注所致。利湿泄浊之品，仅能治标，而温煦肾阳，升固奇经，才是治本之图”。用蜂房温阳益肾，常伍以鹿角霜、小茴香等通补奇经之药，配伍独到。若带下因湿热下注，又有肾阳不足见证者，可在清泄湿热方中加用蜂房，亦可奏功。对阳痿证，除肝经湿热，致宗筋痿而不举者外，凡劳倦伤神，思虑过度，精血亏损，下元不足而致者，均可采用朱老师创拟的“蜘蜂丸”治疗。该丸由花蜘蛛（微焙）、炙蜂房、紫河车、仙灵脾、肉苁蓉温肾壮阳，以振其痿；熟地、紫河车填补肾精，以复其损，为治阳痿不举之良方。老师强调蜂房与花蜘蛛虽同为温肾壮阳药，但花蜘蛛功擅益肾助阳，而蜂房则不特温肾，且对全身机能有强壮调整作用。老师还用蜂房治疗遗尿，亦重在温阳益肾以固本。用露蜂房炙存性，研极细末，成人每服3—6g，年幼者酌减，1日2次，黄酒或开水送下。凡遗尿久治不愈，症情顽缠，体质虚者，均可选用。此外，蜂房还有一种功效，鲜为人知。朱老师用其治疗慢性气管炎，久咳不已，不仅高效，而且速效，确是一味价廉物美的止咳化痰药，殆取其温肺肾，纳逆气之功。每用蜂房末3g（小儿酌减），鸡蛋1只（去壳），放锅内混和，不用油盐炒熟，于饭后一次吃下，每日1—2次，连吃5—7日可获满意疗效。

病证结合　制定新方

朱老师在临床上主张辨证与辨病相结合，整体与局部相结合，从而提高了临床疗效。在这一学术思想指导下，一些虫类药的配伍与应用赋予了更深广的内涵，应用范围不断扩大。如地鳖虫是一味性能平和的活血化瘀药，凡血瘀经闭，癥瘕积聚，跌打损伤，瘀血凝痛，用之均有良效。其特点为破而不峻，能行能和，虚人亦可用之。他研制的复肝丸（地鳖虫、红参须、紫河车、广姜黄、参三七、炮山甲、鸡内金、虎杖、石见穿、糯稻根）治疗慢性肝炎或早期肝硬化，肝脾肿大，胁痛，面色晦滞，肝功异常，症情顽缠，久而不愈者。针对“久痛多瘀，久病多虚”及肝郁气滞，血瘀癖积的机理，方中以破瘀散结的地鳖为主药；配以消癥破坚的三七、山甲；佐以行气解郁止痛的姜黄、郁金；伍以消滞健脾之鸡

内金；复入清热解毒，活血止痛的虎杖、石见穿、糯稻根；更参用红参须、紫河车培本元，补气血，以扶正治本。达到攻不伤正，补不壅中，寓攻于补之目的。本市传染病院临床观察证实了该药能增强细胞免疫功能，能改善脂质代谢，增加肝脏血流灌注和氧供，促进肝细胞再生，减轻肝纤维增生，促使肝功能恢复正常，肝脾回缩，调节白、球蛋白的比例，HB_sAg 转阴率达 75%，确是治疗慢性肝炎、肝硬化的一种有效药物。以地鳖虫为主药，还创"续筋接骨合剂"（地鳖虫、自然铜、骨碎补、当归、川芎、川续断、红花、赤芍、甘草），治疗各种跌打损伤，能活血散瘀，接骨续筋，加速骨痂形成；创"健脑散"（红参、地鳖虫、当归、甘杞子、制马钱子、制乳没、炙全蝎、川芎、地龙、紫河车、鸡内金、血竭、甘草），治疗脑震荡后遗症，能补益气血，活血化瘀，健脑启智，促使早日恢复。还用地鳖虫治颈淋巴结核，妇女顽固性闭经，痛经等。浸润型肺结核、慢性纤维空洞型肺结核、肺结核咯血等病证，其本属虚，但均有瘀滞的表现，朱老师创"保肺丸"治疗。处方：地鳖虫、紫河车、百部、制首乌、白芨、生地榆、黄精、葎草。一般服用半到 1 月后即见效果，潮热、咳呛、咯血、盗汗，均显见减轻，血沉下降，连服 2—3 个月以上，病灶可趋吸收或闭合。此方从地鳖虫活血散瘀作用引申，扩展运用于肺结核久不吸收钙化者，意在推陈致新；百部润肺定咳，抗痨杀菌；制首乌滋补肝肾，并能"补肺虚，止吐血"（见《本草从新》）；白芨补肺泄热，敛肺止血，逐瘀生新，消肿生肌；地榆凉血止血，清热抗痨；葎草清热解毒，消瘀抗痨；黄精补肾润肺，亦有抗痨之功。不失为病证结合，标本兼顾之良方。

老师还擅用虫药治疗疑难杂症。曾治不少肿瘤患者，尤其是食道癌患者，效果较为显著。老师认为食道癌在病理上有鳞癌、腺癌之不同，在辨证上有虚实之分。早中期多表现为气滞、痰聚、血瘀、毒踞的实证；晚期则因病程缠延日久，进食困难，而致气阴两亏，虚实夹杂。老师拟订"通膈利咽散"，由水蛭、炙全蝎、炙蜈松、炙守宫、炙僵蚕、炙蜂房、制海藻共研细末而成。每服 5g，1 日 3 次，用西洋参（阳虚气弱者用红参）煎汤送服，治疗中、晚期食道癌，有的能控制进展，有的可以临床缓解，延长生存期。上列虫类药均有消坚破结，解毒化瘀之功，西洋参补益气阴，提高机体抗病能力，将扶正祛邪冶为一炉，宜其功宏。

酌古参今　多所创获

老师使用虫类药，师古而不泥古，师心而不蹈迹，恒藉现代医学理论，加以阐发，在实践中多所创获。如水蛭一药，《本经》谓其"主逐恶血、瘀血、月闭、破血癥积聚，无子，利水道"。是一味活血化瘀，消癥破结的佳药。老师用之治疗肿瘤，腹部癥瘕积聚，如子宫肌瘤、卵巢囊肿、宫外孕等，还用于治疗风心、心绞痛、心肌梗塞等瘀血征象明显而体气不太亏虚者，以及门静脉高压脾切除后血小板增多症、颈淋巴结核等，屡获佳效。结合现代医学药理、药化，近年来用本品治疗高粘、高脂血症，获效较速。水蛭主要含蛋白质，其新鲜唾液中含有水蛭素，能阻止凝血酶作用于纤维蛋白原，阻止血液凝固。水蛭分泌的一种组织胺样物质，能扩张毛细血管，缓解小动脉痉挛，减退血液粘着力。老师创订的"双降汤"、水蛭（研末吞服）、广地龙、黄芪、丹参、当归、赤芍、川芎、泽泻、生山楂、豨莶草、甘草，治疗高血粘、高血脂或伴高血压者尤宜。此类病人多表现为气虚夹痰瘀之证候。气虚血运无力，血流不畅久而成瘀；气虚运化无能，膏粱厚味变生痰浊。气虚痰瘀互为因果，络道被阻致诸证蜂起。方中用水蛭、地龙破血逐瘀为主药；合丹参、当归、赤芍、川芎活血通脉；山楂、泽泻、豨莶草降脂泄浊，且能降压；重用黄芪补气，取其气行则血行，使血循畅达，免除破瘀伤正之弊。临床研究证明本方具有改善血液流变性，改善微循环，增加血流量，改善血液粘稠度，改善脂代谢等作。服后即可降脂通脉，降粘降压，防止心脑栓塞、梗阻，又能减肥轻身。诚为防病抗衰、延年益寿之妙方。如治陈某某，女，54 岁，教师。形体肥胖两年。近 3 个月来头昏逐渐加重，在某医院查血粘度：高粘（＋＋＋＋），血脂：总胆固醇 8.7mmol/ L，微循环：重度障碍。患者头昏而重，四肢乏力，口干，舌红苔薄，根微腻，

脉细涩，证属气阴不足，瘀浊内阻之候，治予补益气阴，化瘀泄浊。用“双降汤”方加川石斛、全瓜蒌。服10剂药后，患者觉全身舒适，头昏重渐释，惟尚有口干，予上方去全瓜蒌，加生地，又服10剂。药后自觉头清目爽，诸象消失，腹围较前减小。续服“双降汤”方30剂后，停药半月，复查血粘度：正常，血5脂：总胆固醇3.6mmol/L，微循环：基本正常，腹围减少4.5公分。嘱患者隔日服1剂，巩固治疗。

随证变法　注重配伍

老师在熟谙虫类药各自功能特点的基础上，根据辨证论治的原则，巧与其他药物相伍，以协同增效。如用两味或多味虫类药的巧妙配伍，能使其熄风、祛瘀、温通等作用大为提高。仅以治疗顽痹（类风湿性关节炎）为例，老师认为，“痹证日久，邪气久羁，深入经隧骨骱，气血凝滞不行，湿痰瘀浊胶固，经络闭塞不通，如油入面，极为难解，非一般草木之品所能宣达，必借虫蚁之类搜剔钻透，方能使浊去凝开，经行络畅，邪去正复”。常选咸温之蕲蛇（或乌梢蛇）祛风通络，配以制川、草乌，川桂枝治寒湿盛者；取咸寒之广地龙泄热通络，配以寒水石、葎草治湿热盛者；僵蚕长于祛风化痰，配以胆星或白芥子，治痰浊阻于关节者；地鳖虫善于消瘀破结，配以桃仁、红花，疗瘀阻经脉者。关节疼痛剧烈者，用全蝎或蜈蚣（每日3g，研末分两次吞服）搜风定痛，配以元胡或六轴子（剧药，入煎剂用2g）；关节红肿热痛者，用羚羊粉或山羊角，配以忍冬藤、透骨草；关节僵肿变形者，用蜣螂虫、守宫透节消肿，配以泽兰、白芥子；背部剧烈疼痛，因气滞不行者，用九香虫温阳理气，配以葛根、秦艽；病变在腰脊，合用蜂房、地鳖虫温肾行瘀，并可加川断、狗脊；背脊强直而痛，佝偻驼背者，用鹿角片、乌梢蛇壮肾通督，配以鹿衔草、骨碎补；经脉拘挛活动不利者，用穿山甲通经舒挛，配以苏木、伸筋草；见环行红斑或皮下结节者，用水牛角凉血散瘀，配以丹皮、赤芍。此外，紫河车乃气血阴阳并补，亦属血肉有情之品，老师常以此品加蕲蛇粉，配以大剂量黄芪、熟地治疗肌肉萎缩者。因证制方，应变无穷。

虫类药的应用具有十分广阔的前景。老师认为，要通过不断的实践探索，去发掘新药，开辟应用的新天地；要注重剂型改革，做到既方便应用，又提高疗效，还要通过人工培养动物的方法，保证紧缺药物的供应，使之更好地为人类的健康服务。

（朱建华）

李寿山　　察舌脉　辨瘀证

李寿山先生，从医50余年，在临床上遇有疑难重症，每多注意观察舌下络脉之颜色和形态的变化，以此辨析瘀证之有无；从而为运用活血化瘀法提供有力依据。笔者随师临诊多年，略有心得，简述如下。

络脉系脏腑

李师在多年的临床诊疗工作中，潜心观察研究舌下络脉的颜色和形态变化，早在70年代已提出了舌下络脉诊法。认为这一诊法可补充和扩大舌诊的应用范围，对瘀证特别是心脑血管疾病、肺心病、肝病、脾胃病的病情轻重、预后判断、辨证分型有较高价值。

李师指出，全身络脉能直接用目察看到的并且最浅表、最显露、最能反映五脏六腑者，莫过于舌下络脉。其所以然者，舌下络脉分布在舌体下面，起于金津、玉液穴，通过经络与脏腑气血直接联系，为人体上部苗窍。“舌为心之苗”，“手少阴心经之别、系于舌本”，“足厥阴肝经络舌本”，“足太阴脾经，连舌本散舌下”，“足少阴肾经、挟舌本”，手太阴肺经虽无经络所系，但肺系上通咽喉连于舌本，由于脏腑相联，气血相贯，通过经络而上通于舌。因此，脏腑气血一有寒热虚实病变，必然会反映到人体上部的“苗窍”。而舌下脉诊又是脏腑气血在舌体的直接络脉，脏腑之寒热，气血之虚实，首先在舌下络脉表现出颜色和形态的变化，尤其是瘀血证更为明显。

知常以明变

舌下脉诊的具体应用，首先应了解正常的舌下络脉的颜色和形态。李师在多年的实践中观察到正常人舌下络脉主干有3种形态，即单枝、双枝、或3枝。分枝络脉有若干小分枝。长短度以整个舌体纵行两段分之，超过1/2者为长，不及1/2者为短。主干脉管约为2毫米，超过者为粗，不及者为细。正常脉形不见粗长怒张或细短紧束。主干脉以暗红色为正常，若见青紫、淡紫、紫红、淡红则为异常脉色。分枝脉多为浅红色的网络状致密的络脉，正常者不显露于外。

当有瘀血证时，舌下络脉的颜色形态、长短就会发生异常。常见者为青紫、淡紫粗长或紧束细短，甚或怒张弯曲有多数小颗粒。

形色辨虚实

从舌下络脉的颜色和形态的变化，可以测知脏腑之寒热、气血之虚实，尤其瘀血证有明显之特征。舌下络脉的形色变化可概括为，虚则淡红细小而短，瘀则青紫怒张而长，寒则淡紫而紧束，热则紫红而粗长，其中尤以心肝脾三脏病变关系更为密切。形态的变化，粗长怒张者，多因气滞血瘀、或气虚血滞，血行不畅之象；细短紧束者，多由寒凝或阳虚导致血运不畅之候。具体观察方法，李师提出从四个方面而入手：

（一）舌下络脉青紫色，脉形粗长怒张或细短紧束；小络脉青紫或暗赤弯曲，或有小颗粒者，为气

滞血瘀、或夹痰瘀阻之证。常见于 积，臌胀，真心痛，心肺痰阻血瘀之喘嗽，咳血，吐衄便血，脾胃瘀滞之脘腹刺痛，妇科血瘀痛经，闭经，痰核流注等病证。

（二）舌下络脉淡紫色、脉形粗长怒张或细短紧束；小络脉淡紫或暗赤弯曲或有小颗粒者，为寒凝或阳虚血运不畅、气虚血滞之证。常见于胸痹心痛，中风半身不遂，肢体麻木不仁，水肿，臌胀，脾胃虚寒之脘腹冷痛，妇科寒凝血滞痛经，宫寒不孕，闭经等病证。

（三）舌下络脉紫红色，脉形粗长怒张或细长弯曲；小络脉暗赤或深兰色弯曲或有小颗粒者，为热壅血瘀或湿阻血瘀之证。常见于温热病热入营血，外科痈肿瘀腐，湿热黄疸，湿瘀互阻之水肿臌胀，脾胃热瘀之脘腹胀痛，热瘀头痛，湿热痹证，妇科热瘀痛经，月经不调，崩漏，带下等病证。

（四）舌下络脉淡红色或浅兰色，脉形细小而短，小络脉多无变化者，属气虚血弱、阴阳俱虚之候。兼夹瘀滞者，脉形必见紧束或弯曲，常见于慢性消耗病证，气虚血亏、虚损劳症，消渴病，久泻久痢，脾胃亏虚之脘腹隐痛，妇科冲任虚损不孕，滑胎，经后腹痛，血亏闭经，气虚崩漏等病证。

验证于临床

李师临证多年，有选择的观察舌下脉诊 2000 余例，并从中选择临床上具有典型瘀血证的五种疾病，均经现代医学诊断明确者，潜心观察研究，计 522 例，分析如下。

（一）心肺瘀阻痰饮喘咳证（肺心病、心衰）共 108 例，其中并发不同程度心衰者 55 例。男 60 例，女 48 例。年龄 30—40 岁 32 例，41—50 岁 38 例，51—60 岁 29 例，61 岁以上者 9 例。脉象沉弦滑细者 97 例（兼数脉者 46 例），结代脉及三五不调者 11 例。舌质淡紫或夹瘀点瘀斑者 82 例，淡紫者 15 例，淡红胖嫩者 11 例；舌苔白腻者 58 例，黄腻者 32 例，白薄者 18 例，口唇青紫者 55 例。舌下络脉青紫色者 90 例，淡紫色者 14 例。暗红色 4 例，脉形粗长怒张者 94 例，细短紧束者 10 例；小络脉淡紫色者 89 例，暗赤色者 15 例，浅红色有小颗粒者 12 例，不显露者 4 例。

（二）胸痹心痛证（冠心病、心绞痛）共 103 例，其中伴发不同程度心绞痛者 98 例，心律失常者 5 例。男 55 例，女 48 例，年龄 30—40 岁 46 例，41—50 岁 40 例，51—60 岁 14 例，61 岁以上者 3 例。脉象沉弦滑细涩者 81 例，结代脉者 22 例。舌质暗淡有紫气或淡紫夹瘀点瘀斑者 79 例，暗红者 8 例，淡红者 16 例。舌苔白薄者 89 例，腻苔者 14 例。口唇淡紫者 23 例。舌下络脉淡紫色 81 例，青紫色者 17 例，暗红色者 5 例。脉形粗长怒张者 96 例，细短紧束者 2 例，小络脉淡紫色者 81 例，浅红色不显露者 5 例。

（三）中风半身不遂证（脑血栓形成、脑栓塞、脑溢血）共 107 例，其中确诊 1 月以内者计脑血栓形成 75 例、脑栓塞 10 例，脑溢血 22 例。男 68、女 39 例。年龄 30—40 岁 35 例，41—50 岁 30 例，51—60 岁 34 例，61 岁以上者 8 例。脉象弦滑硬而长者 87 例，沉细涩而短者 20 例，兼有结代脉者 4 例。舌质暗淡有紫气夹有瘀点瘀斑者 94 例，暗红色 13 例；舌苔白薄者 97 例，有腻苔者 10 例。舌下络脉淡紫色者 82 例，青紫色者 17 例，暗红色者 8 例，脉形粗长怒张者 96 例，细短紧束者 3 例；小络脉淡紫色者 97 例，暗赤色者 2 例，粗长弯曲 99 例，浅红色不显露者 8 例。

（四）臌胀证（肝硬化腹水）共 87 例。男 49 例，女 38 例。年龄 30—40 岁 49 例，41—50 岁 26 例，51—60 岁 11 例，61 岁以上者 1 例。脉象沉弦滑者 62 例，沉细数者 25 例。舌质淡暗有紫气或夹有瘀斑者 65 例，暗赤者 12 例，绛红胖嫩者 10 例，舌苔薄腻者 33 例，白薄者 54 例。舌下络脉青紫色者 30 例，淡紫色者 54 例，暗红色者 3 例，脉形粗长怒张者 84 例，小络脉淡紫色者 82 例，暗赤色者 2 例，小络脉淡紫色者 82 例，暗赤色者 2 例，脉形弯曲者 84 例，夹有小颗粒者 37 例，浅红色不显露者 3 例。

（五）胃痞恶化（慢性萎缩性胃炎癌前病变）共 117 例。其中慢性萎缩性胃炎伴中度以上肠上皮

化生者97例，中度以上不典型增生者20例。男68例，女49例。年龄30—40岁45例，41—50岁30例，51—60岁34例，61岁以上者8例。脉象沉弦滑者67例，濡细弱者50例。舌质淡暗有紫气或夹瘀点瘀斑者72例，淡紫色者25例，淡红色者20例，舌苔薄白者96例，腻苔者21例。舌下络脉暗淡有紫气者63例，淡紫色者44例，暗红色者10例，脉形粗长怒张者65例，细长弯曲者42例，小络脉淡紫弯曲者107例，伴有小颗粒者33例，浅红色不显露者10例。

从上述5种疾病的血瘀证分析、舌下络脉颜色呈现青紫淡者492例，占94.25%，属正常范围的暗红色者30例，占5.75%；形态粗长怒张者477例，占91.38%，细短紧束者15例，占2.87%；两者相合492例，占94.25%。小络脉之颜色和形态的变化与上基本相同，其中夹有小颗粒者97例，占18.58%，对瘀血证的辨证有一定的意义。综上所见，舌下脉诊法对瘀血证的辨证诊断确有较高价值。

522例病人中所见舌质呈现淡暗有紫气、淡紫或夹瘀点瘀斑者共402例，占77.01%。说明舌质与舌下络脉的血瘀征象有相同之处，但舌下络脉的变化为94.25%，比舌质的变化更为明显。至于舌质淡红绛红者有37例，可能与气阴两虚有关。舌苔的变化对血瘀症的诊断似无特殊关系。除白薄苔外，所见腻苔者168例，占32.18%，是夹湿夹瘀的病理征象，可视为是形成血瘀的因素之一，在临床上对血瘀证的辨证有一定的参考价值。所见脉象以沉弦滑细涩为多，部分病人见濡数及结代脉者，此与血瘀证的病因病机密切相关，在临床上有一定的辨证意义。另外，年龄与血瘀征象有密切关系，在所观察的522例病人中，51岁以上者舌下络脉的形色变化比较明显，而50岁以下者相对为减轻，但年龄并非绝对因素，与病情轻重、个体差异以及季节转换等均有一定的关系。其它如男女性别则无明显关系。

（李小贤）

祝谌予　　治疗糖尿病经验举要

祝谌予老师从事临床与教学工作六十年，素以倡言中西医结合著称，更以擅治糖尿病见长。祝师根据中医学理论，继承施今墨先生之经验，在研究中医药治疗糖尿病的过程中不断有所发展和创新，兹就笔者随师学习所得，介绍如下。

阐发病机，辨证结合辨病

糖尿病属于中医消渴、消瘅病证的范畴，目前多数医家临床仍按消渴对其进行辨治。祝师强调既要明确中医的证，又要明确西医的病，病人虽有三消病状，但血糖、尿糖检查正常者，并不一定是糖尿病，如尿崩症、甲状腺机能亢进等疾病；亦有已确诊为糖尿病而无三消表现者，如老年性糖尿病、隐性糖尿病，往往于健康查体或出现合并症就诊时才被发现，所以糖尿病属于消渴病范畴但不等同于消渴病，二者不能混淆，必须辨证与辨病相结合。

祝师诊治糖尿病，在运用传统望、闻、问、切等宏观辨证方法的同时，常结合血糖、尿糖、酮体、血液流变性测定等微观检测指标，尽可能掌握定性和定量资料，以便了解疾病的病因、病机、病位等情况，这样综合分析，有利于进行辨证分型，增强遣方用药的针对性。在治疗过程中对上述各项实验室指标定期复查，能判病情的进退趋势，一俟主观症状消除，血糖、尿糖检查仍然偏高，则重用经药理研究证实有降糖作用的中药，侧重于辨病治疗。

《灵枢·五变篇》云："五脏皆柔弱者，善病消瘅"。祝师认为，糖尿病发病除与素体阴亏、禀赋不足的体质有关外，其致病因素是综合性的，尤其以嗜啖酒醇、喜食膏腴和精神过度紧张三者居多。初起积热伤阴，燥热炽盛，虽有上、中、下三消之分，其本病位在肾，因肾藏精、主水，为全身阴液之根本。祝师临床观察到，绝大多数非胰岛素依赖型糖尿病人具有乏力神疲，少气懒言，不耐劳累，易患感冒，舌体胖大或齿痕，舌质淡暗，脉虚无力的气虚见证。推究其理，或因阴虚日久，无以化气；或因脾虚不运，水谷精微直趋膀胱，随尿液渗漏于外，既伤阴津，又耗元气，造成气阴两伤，脾肾俱亏的病理变化。若治疗、调摄失宜，随病程之延续，则阴损及阳、气虚血瘀，终到阴阳俱损、五脏受累，不独执滋阴清热一法，而是把握气阴两伤、脾肾俱亏、络脉瘀阻之基本病机，以益气养阴、培补脾肾、活血化瘀为治疗大法，随证变通，取效满意。

对药组方，重在培补脾肾

祝师通过长期大量的临床观察，系统总结了糖尿病的中医辨证分型。他提出传统的三消辨证分型法不适于糖尿病病情，主张用阴阳、脏腑、气血辨证合参，将本病分为5型进行辨证论治：①气阴两虚型，治宜益气养阴，兼予活血，方用自拟降糖对药方（生黄芪、大生地、苍术、元参、葛根、丹参）；②阴虚火旺型，治宜滋阴降火，方用一贯煎加味（北沙参、麦冬、枸杞子、生地、当归、川楝子、黄芩、黄连）；③燥热入血型，治宜清热凉血，兼予益气养阴，方用温清饮加味（黄芩、黄连、黄柏、山栀、川芎、当归、生地、白芍、生黄芪、苍术、元参）；④阴阳俱虚型，治宜温阳育阴、益气生津，方用桂附地黄汤加

味(炮附片、肉桂、生地、熟地、山萸肉、怀山药、丹皮、茯苓、泽泻、生黄芪、苍术、元参);⑤瘀血阻络型,治宜活血化瘀、益气养阴,方用自拟降糖活血方(广木香、当归、益母草、赤芍、川芎、丹参、葛根、苍术、元参、生地、生黄芪)。由于阴阳互根,气血相关,阴可及阳,阳可及阴,气病延血,血病碍气,临床所见糖尿病单纯、简单的类型少,交错复合的类型多,所以辨证分为5型并不是绝对的,尤其是气阴两伤、血瘀不活贯穿于疾病的始终,故祝师常把降糖对药方做为基本方加减化裁。

降糖对药方由生黄芪30g,生地30g,苍术15g,元参30g,丹参30g,葛根15g共3组对药构成。方中生黄芪配生地降尿糖,是取生黄芪的补中益气、升阳、固腠理与生地的滋阴凉血、补肾固精之作用,防止饮食精微漏泄,使尿糖转为阴性。苍术配元参降血糖系施今墨先生之经验,一般认为治消渴病,不宜用辛燥之苍术,施今墨云:"用苍术治糖尿病是取其'敛脾精,止漏浊'的作用,苍术虽燥,但伍元参之润,可展其长而制其短"。上述两组对药,黄芪益气,生地养阴;黄芪、苍术补气健脾,生地、元参滋阴固肾。总以脾肾为重点,从先后天二脏入手扶正培本,降低血糖、尿糖确有实效。葛根配丹参活血化瘀、祛瘀生新、降低血糖则为祝师近年研究糖尿病用药配伍经验所得;糖尿病患者多瘀,血液呈浓、粘、聚状态,流动不畅,葛根伍用丹参生津止渴,通脉活血,使气血流畅,提高降糖疗效。3组对药相伍,益气养阴治其本,活血化瘀治其标,标本兼顾,且经药理研究均有降低血糖之功效。

祝师应用本方,每根据病情不同,加减用药,如:尿糖不降加天花粉20g,乌梅10g;血糖不降加入参白虎汤;饥饿感明显加玉竹15g,熟地30g,烘热阵作加黄芩10g,黄连5g;上身燥热,下肢发凉加黄连5g,桂枝10g;尿酮体阳性加黄芩10g,黄连5g,茯苓15g;皮肤搔痒加白蒺藜10g,地肤子15g;下身搔痒加知母10g,黄柏10g或苦参10g;心悸加菖蒲10g,远志10g;失眠加女贞子10g,首乌藤15g;大便溏薄去生地,加熟地30g,白术15g;阳痿不举加仙茅10g,仙灵脾10g,肉苁蓉15g,甚或加大蜈蚣2条;腰痛加川断15g,桑寄生20g,枸杞子10g;两膝酸软无力加千年健15g、金狗脊15g。病人若经汤药治疗数月,达到空腹血糖基本正常,24小时尿糖阴性时,则改配水丸长期服用。

自出机杼,首创活血化瘀

自古以来,在有关消渴病或糖尿病的诸文献中,从未发现应用活血化瘀法治疗本病的记载。祝师通过研究发现,糖尿病发展到一定程度,尤其是合并有慢性血管、神经病变时或者长期使用胰岛素注射治疗者常常伴有瘀血表现,诸如肢体疼痛、麻木,皮肤青紫,心前区疼痛、痛处固定不移,面部晦暗,半身不遂,妇女闭经或经量稀少,黑紫血块,舌质淡暗,舌边有瘀斑或瘀点,舌下络脉青紫、怒张等等,祝师最先提出采用活血化瘀法,开创治疗糖尿病的新途径。

现代医学研究经病理解剖发现,部分糖尿病人胰腺血管存在着闭塞不通现象。约70%的糖尿病病人死于心、脑血管并发症,由于动脉粥样斑点的形成,血管壁增厚,管腔狭窄,再加上血液流变性异常,血粘度增高,血小板和红细胞聚集性增强,造成血栓形成,血流缓慢,血液瘀滞和微循环障碍,均说明糖尿病血瘀证是有其病理生理学基础的。

祝师认为,糖尿病血瘀证主要由气阴两虚导致。气为血帅,血为气母,气虚推动无力,血行不畅,缓慢涩滞,而成瘀血,即所谓"气虚浊留"。阴虚火旺,煎熬津液,津亏液少则血液粘稠亦可成瘀,即所谓"阴虚血滞",瘀血形成后又可阻滞气机,津液失于敷布,加重糖尿病病情而出现多种并发症:瘀阻于心脉可致胸痹心痛;瘀阻于脑络则成中风偏枯;瘀阻于肢体则麻木、刺痛,甚到脱疽;瘀阻于目络,可致视瞻昏渺;瘀阻肾络则尿闭水肿。

治疗糖尿病瘀血证,祝师用自拟降糖活血方:广木香10g,当归10g,益母草30g,赤芍15g,川芎10g,丹参30g,葛根15g,苍术15g,元参30g,生地30g,生黄芪30g。方中生黄芪、生地、苍术、元参益气阴、补脾肾以治本,俾气阴旺则血行畅;丹参、葛根、当归、川芎、赤芍、益母草、广木香活血行气、逐

瘀生新以治标，共奏气阴双补、活血降糖之功。本方治疗气阴两虚兼瘀血型糖尿病，不仅能消除或改善临床症状，降低血糖、尿糖，而且可以纠正异常的血液流变性指标，预防和减少合并症的发生。

祝师强调，使用活血化瘀法必须辨证，气血相关，不可分离。气虚血瘀则益气活血；气滞血瘀宜行气活血；阴虚血瘀则养阴活血。如祝师治糖尿病并发中风偏瘫常用补阳还五汤加味，并发高血压常用血府逐瘀汤加味，合并肝硬化、肝脾肿大常用膈下逐瘀汤加味等等，皆不脱离辨证论治的原则。

标本兼顾，探索合并症的防治

糖尿病中晚期产生的血管、神经慢性合并症是使病人致死致残的主要原因，至今仍缺乏有效的防治措施。祝师认为糖尿病的慢性合并症属本虚标实之证：气阴两伤、脾肾阳虚、阴阳两虚为本；瘀血阻络、痰浊不化、水湿不运等为标；治疗宜标本兼顾，常用降糖对药方化裁治之。合并心血管病变，症见胸闷刺痛、心悸气短者加冠心Ⅱ号方（川芎、丹参、赤芍、红花、羌活）或生脉散（菖蒲 10g，郁金 10g，羌活 10g，菊花 10g）。合并脑血管病变，症见半身不遂、舌蹇语涩者，气虚血瘀加补阳还五汤；气滞血瘀加血府逐瘀汤，再加生蒲黄、白术、豨莶草、鸡血藤等通络之品。合并糖尿病肾病，多为脾肾不足，阴阳两虚，挟有瘀血。蛋白尿重用生黄芪 50g，再加怀山药 10g，益母草 30g，川断 15g，白花蛇舌草 30g；镜下血尿加生荷叶 10g，生侧柏叶 10g，生艾叶 10g，生地榆 30g；肢肿尿少加车前草 30g，旱莲草 15g，川草薢 15g，石苇 15g，防己 10g，茯苓 20g。合并下肢闭塞性脉管炎，症见患肢胀痛、皮色及趾甲青紫，末梢发凉者加苏木 10g，刘寄奴 10g，鸡血藤 30g，地龙 10g，红花 10g，桂枝 10g，当归 15g。合并视网膜病变，视物模糊、视力下降者加川芎 10g，白芷 10g，菊花 10g，青葙子 10g，谷精草 10g，草决明 30g；眼底出血加茺蔚子 10g，大、小蓟各 15g，或云南白药每服 1/8 瓶，每日 2 次。

合并周围神经病变，症见肢体麻木、刺痛或灼痛，四末不温者以自拟四藤一仙汤（鸡血藤 30g，钩藤 15g，海风藤 15g，络石藤 15g，威灵仙 10g）加豨莶草 20g，桑枝 30g，木瓜 10g。

合并糖尿病性腹泻，症见大便溏泻、腹胀肠鸣、喜温喜按者用熟地易生地，再加苏梗、藿梗各 10g，白芷 10g，生薏仁 30g，诃子肉 10g，肉豆蔻 10g，健脾行气，燥湿止泻。

附　病案举例

1. 杨某，女，60 岁，退休工人。1992 年 4 月 2 日初诊。发现糖尿病 2 月，3 月 27 日查空腹血糖 332mg%，午餐后 2 小时血糖 497mg%，尿糖（++++）。现症：口干思饮，易饥，尿频量多，腰酸膝软，控制饮食每日 300g。舌淡暗，脉细滑。辨证属气阴两伤，脾肾不足，燥热炽盛。治以益气养阴，培补脾肾，清热润燥。降糖对药方加黄芩 10g，黄连 5g，花粉 20g，枸杞子 10g，桑寄生 20g，鸡血藤 30g。服药 20 剂，诸证明显减轻，但是血糖、尿糖复查未降。守方再服 1 月，6 月 2 日查空腹血糖 168mg%，午餐后 2 小时血糖 134mg%。以上方加减，隔日 1 剂，连服 3 月，9 月 4 日查空腹血糖 111mg%午餐后 2 小时血糖 128mg%，尿糖（—）。就诊期间一直未服降糖西药，疗效满意。

2. 王某，女，33 岁，工人。1991 年 9 月 21 日初诊。确诊为胰岛素依赖型糖尿病 6 年，因反复发生酮症酸中毒而注射胰岛素。近查空腹血糖 362mg%。现"三多"症状明显，视物模糊，乏力腿软，大便干结，两三日一解。月经量少，色黑，10 天方净。每日用胰岛素总量 48U。舌红，苔薄白，脉细弦。证属气阴两伤，兼有燥热瘀血，治以益气养阴，清热活血，方用降糖对药方加川断 15g，菟丝子 10g，知母 10g，黄柏 10g，杭菊花 10g，谷精草 10g，黄芩 10g，黄连 5g，花粉 20g，枸杞子 10g。服药 48 剂，"三多"症状减轻，体力增加，空腹血糖 321mg%，改用降糖活血方加菊花 10g，谷精草 10g，草决明 30g，再服 2 月。药后"三多"症状消失，胰岛素用量减至每日 40U，空腹血糖 175mg%。以后治疗过程中血糖基本波动于 200mg%左右，未发生酮症酸中毒，病情稳定，并能参加一般劳动。

（董振华）

邓铁涛　　对重症肌无力之认识与辨证论治

重症肌无力为当今难治之病，中医学无此病名，故历代医著未见有较完整而系统的论述。就此病探索其辨证论治的规律，寻求有效的中医治法，建立中医之理论，是老师20多年之愿望。兹将邓老对此病的认识与辨证论治的经验总结如下。

探究病机

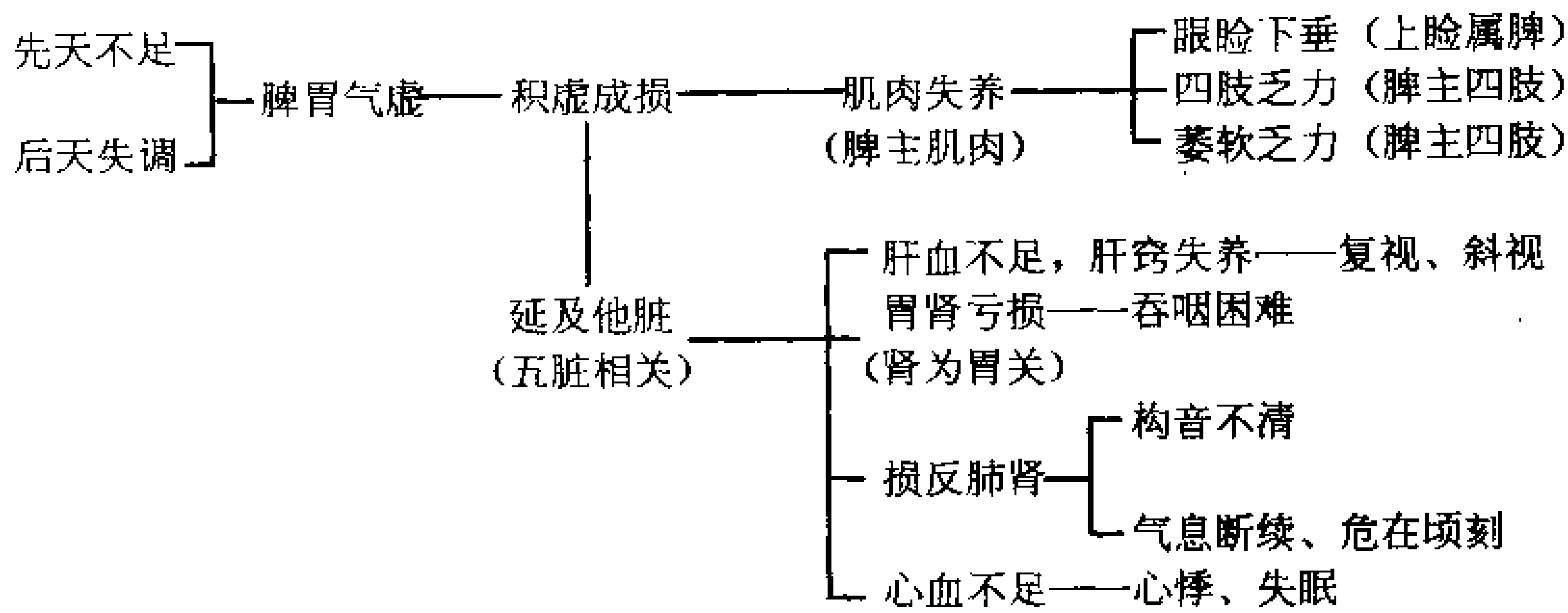
重症肌无力西医认为是一种神经肌肉接头传递功能障碍的自身免疫性疾病。其临床特征为受累肌肉极易疲劳，经休息后可部分恢复，全身肌肉均可受累，以眼肌最常见，呼吸肌受累则出现肌无力危象，可危及生命。自1895年Jolly氏将其正式命名为"重症肌无力"以来，国内外学者对此作了许多研究，直到本世纪60年代，随着免疫学研究的不断深入，此病的病因病理和诊断治疗取得新的进展，但仍存在相当问题。因此，从中医学角度探索其辨证论治规律和有效疗法，对发展中医有现实意义。

根据本病之主症，查考前人之论述，对本病有所记载，但略而不详。如眼下垂，称为睑废，复视称为视岐，四肢无力属于痿证，吞咽困难称为噎证，呼吸困难相同于大气下陷。对后世有所启发，但缺乏系统之论述及比较好的治疗方法。

1. 病本在于脾胃。老师对本病之研究，首先探究其病机。不论西医所述之各种类型眼肌型、延髓肌型、脊髓肌型、全身型，都以有关之肌肉无力为突出的表现。肌肉在五脏属脾所主，脾为生化之源，脾虚则生化无权，气血不足，致肌肉无力。因此认为本病之根在于脾胃。但国内学者近年对本病之分型，主张分脾气虚，脾肾阳虚，脾肾阴虚，肝血不足等型，邓老师则认为"治病必求其本"，必须抓住疾病的主要矛盾，兼顾其他次要矛盾，才能取得理想之效果。为了解决这一问题，在科研期间，首先从重症肌无力的中医证候特点研究人手，分析了233例重症肌无力58个中医证候出现的频率，其中分出眼睑下垂、四肢无力、纳差、便溏、舌淡红、胖、边有齿印、苔薄白、脉细弱等证候频率显著高于其他证候，经统计学处理，脾气虚型与其他三型的差异有非常显著的意义($P<0.001$)。从而提供了较详细可靠的四诊资料，重症肌无力以脾胃气虚表现为主。根据国家卫生部药政局认可的诊断脾气虚和评定其疗效的参考指标：唾液淀粉酶活性负荷试验和木糖吸收试验，对31例本病患者和20例正常人进行了二项试验同步观察。实验结果表明重症肌无力脾虚证有其确切的病理学基础，从而支持了本病以脾胃气虚为主的认识。结合长期的临床体会，老师认为本病的形成与发展，脾胃的病变是主要矛盾，亦是矛盾的主要方面。

2. 脾胃虚损，五脏相关。在长期临床治疗的反馈信息中，体现本病缠绵难愈，易于再发，邓老师认为本病不是一般的脾胃气虚病，而是由虚致损的虚损病。《金匮翼·虚劳统论》云："虚劳一曰虚损，盖积劳成虚，积虚成弱，积弱成损也。虚者空虚之谓，损者破散之谓。虚犹可补，损则罕有复先者矣。"这是疾病发展到形体与功能都受到严重损害的概括。老师还指出本病不单脾胃虚损，而且损及五脏，使本病易向纵深发展。

关于本病的病因病机，图示如下。



掌握规律

据以上认识，可以认为本病以脾胃虚损为根本，气虚下陷而发病，五脏相关，损及精血。

1. 病名诊断：老师认为本病应有中医病名，此乃"脾胃虚损"病。在此前提下，独见眼睑下垂者属"睑废"；四肢痿软无力者属"痿证"；呼吸困难、危在顷刻者属"大气下陷"。

2. 辨证分型：分型不必过杂，应抓住主证，兼顾五脏。正如前面气述，其主证为脾胃虚损，证见眼睑下垂，四肢倦怠乏力，吞咽困难，纳差便溏，少气懒言，舌胖嫩、齿印，苔薄白或浊厚，脉虚大或弱。若见全身无力较甚，畏寒肢冷，说话不清，小便清长，大便稀溏或完谷不化，舌胖嫩而淡，脉沉弱者为兼脾肾阳虚；若兼复视、凝视、斜视，肌肉瘦削，舌嫩红而瘦薄，脉细弱，月经不调或闭经者为兼肝肾精血不足。此外，尚有兼痰、兼湿、兼外邪等，临床时应多加详察。

3. 治法方药：老师认为抓住脾胃虚损这个主要矛盾，顾及五脏兼证，旨在打破脾胃虚损这一中心病理环节，使其他次要矛盾迎刃而解。故立"重补脾胃、益气升陷，兼治五脏"为治疗大法。并以强肌健力饮一方统治，随证加减。强肌健力饮为老师的自拟方，由黄芪、五爪龙、常参、白术、当归、升麻、柴胡、陈皮、甘草组成。功能补脾益气、强肌健力。方中重用黄芪，甘温大补脾气，以作君药；五爪龙粤人称之为"南芪"，与黄芪南北呼应，功能补脾益肺，生气而不助火，与党参、白术同助黄芪，加强补气之功；据"血为气母"之理，用当归以养血生气，与上三药共助黄芪以为臣，脾虚气陷，故用升柴司升阳举陷之职；脾虚失运，且重用补气之品，则须防气滞，故用陈皮以反佐，达理气消滞之的，与升柴共为佐药；甘草和中，调和诸药，任使药之职，本方源于李东垣之补中益气汤，但又有异于原方，东垣用药偏轻，意在升发脾阳，以达补益中气，健运脾胃；老师之强肌健力饮中参、芪、术之用量较大，针对脾胃虚损而设，虽只增五爪龙一味，其益气强肌之力倍增。

随证加减：复视斜视者，可加首乌以养肝血，或加枸杞子、山萸肉同补肝肾，抬颈无力或腰脊酸软，加枸杞子、狗脊以补肾壮骨，腰酸，夜尿多者，加杜仲、桑螵蛸固肾缩泉；畏寒肢冷者加巴戟天、淫羊藿以温壮肾阳；吞咽困难者，以枳壳易陈皮，加桔梗一升一降，以调气机；口干、舌苔花剥者，加石斛以养胃阴；舌苔白厚或白浊，加云苓、苡仁以化湿；咳嗽多痰者，加紫苑、百部、橘络以化痰；夜寐多梦，心烦失眠者，加熟枣仁、夜交藤养心宁神。

老师还强调，因虚损难复，故本病缠绵难愈，容易反复，亦易再发，治疗不要随便更弦换辙，即使临床治愈后，还需坚持服中药 2 年左右，方能根治。这对临床有着重要的指导意义。此外，对于原已

使用激素及抗胆碱酯酶药物者，中药显效即开始逐渐减量乃到停用，使患者摆脱对西药的依赖，促使病向痊愈。

临床验证

遵循老师对本病的认识和治疗经验，我们从1991年至今，用通信办法治疗重症肌无力患者(有复诊病历，服药1个月以上者)126例，其中男性68例，女性58例；年龄最小者2岁，最大者71岁；病史最短不足1个月，最长达30余年；属眼肌型及少年型48例，全身型78例(其中胸腺切除者12例，曾出现呼吸危象及气管切开者7例12人次)；合并胸腺增生或胸腺瘤者8例(其中1例病理报告为低度恶性肿瘤)，合并甲亢者7例，高血压6例，糖尿病3例，冠心病、陈旧性脑梗塞、胃癌、血小板减少、胆囊炎、胃下垂、类风湿关节炎、肾结石、癫痫、淋巴结结核、前列腺肿大等各1例。

治疗结果、临床治愈例(临床症状和体征完全缓解，停用一切西药或以最小剂量维持，能正常生活，学习和工作)；显效93例(临床症状和体征明显好转，中西药减量1/2以上，生活自理，能坚持学习和轻工)；好转17例(①临床症状及体征有所好转；②原来并用西药者，西药减量1/4以上；③生活自理能力有所改善)；无效9例(临床症状和体征无改变或恶化)。总有效率为92.8%。病例介绍如下。

例1：淡某，女2岁。患儿于1990年8月15日左眼睑出现下垂，6天后右眼睑亦下垂。翌日在湖北宜昌某医院检查，新斯的明试验阳性。9月2日在湖北某医学院检查，头颅CT、胸片未发现异常，诊断为眼肌型重症肌无力。予强的松、吡啶斯的明治疗。9月20日出现吞咽、咀嚼困难，哭声嘶哑，行走乏力易跌。9月24日在湖北某医院住院治疗，诊断为全身型重症肌无力，后转当地医院住院1个多月，病情有所好转，但眼睑仍下垂，晨起未服西药时活动、吃饭仍较困难，有时甚至颈软头倾。一直用强的松5mg/日、吡啶斯的明20mg/次，每天3次维持。1991年3月1日家长来信要求函诊治疗。遂予强肌健力饮，酌加杞子、首乌、鸡血藤，并嘱每天1剂，复渣共煎3次，日服3次。经上述治疗1个月后，患儿肌力增强，症状明显好转，双眼裂平视可增大至0.8－1.0cm，但午后稍差，强的松已停服，吡啶斯的明减至每日20mg。2个月后，患儿眼裂渐趋正常，尤其晨起在未服西药前，下地走路、玩耍、吃早餐都如常人。脸有华色，二便正常，惟活动剧烈时仍显示疲乏之象，继续服药治疗。1991年9月17日开始停用一切西药，症状完全消失，生活如常。92年1月30日到4月29日停服中药3个月，此期间曾患感冒、泄泻、痢疾，均未诱发肌无力，为防复发，其家长遵嘱从今年6月10日起继续服上方巩固疗效，随访至今，病无复发。

例2：胡某，女，23岁，未婚，护士。主诉周身软弱无力，吞咽困难，上眼睑下垂，复视9个月，关节疼痛4年。患者于1987年患类风湿关节炎，90年12月上旬自觉四肢无力，极易疲劳，不能梳头穿衣，下蹲无力站起，咀嚼无力，上眼睑下垂，复视，于25日在新疆库尔勒市某医院神经内科住院治疗，检查新斯的明试验两次均为阳性，肌肉疲劳试验阳性，肌力3－4级。胸部CT未见胸腺瘤，心、肝、脾、肾B超检查均未见异常，T3、T4检查正常。诊断为：①全身型重症肌无力；②类风湿性关节炎(缓解期)。口服新斯的明，每天3次，每次15mg及中药煎剂(药物未详)等，治疗3个月，肌力仅有轻度增强。来信要求函诊治疗。信中附有该院中医诊查之舌、脉象：舌红少苔，脉尺沉寸弱。辨证为气阴两虚，脾肾不足。予强肌健力饮，选加紫河车、石斛、生地、杞子、首乌、云苓、山萸肉等二、三味随证加减。每天1剂，服药20天后，能自己梳头，下蹲能立起，仍服吡啶斯的明每天3次，每次1片。服药4个月后生活完全自理，吡啶斯的明减量一半。1992年4月患者已恢复上班，吡啶斯的明只服原来的1/3量。7月31日起完全停服吡啶斯的明，上班半年多病无反复，生活如常人。嘱其继续服中药巩固治疗。

例 3：荣某，男，71 岁，离休干部。患者于 1989 年 11 月因眼睑下垂，吞咽困难，全身肌肉无力。在开滦矿务局某医院确诊为重症肌无力、陈旧性脑梗塞、脑萎缩并住院治疗。1990 年 7 月发展为呼吸 51 肌无力，连续两次出现呼吸、心跳骤停，经西医抢救，气管切开、输血等病情缓解。于 1990 年 11 月 24 日出现黄疸、肝功异常，HBsAg 阳性，诊为急性黄疸型肝炎。经中西医治疗后肝功基本正常。肌无力症状靠呼吸机及吡啶斯的明（早服 90mg，午 90mg，晚 75mg，零时 75mg）维持。1991 年 3 月派人来穗索方。遂予强肌健力饮加巴戟、杞子、吉林参（另炖兑服）。每天 1 剂。患者服上方 1 个月后，颈肌无力情况明显改善，但咀嚼及吞咽费力，进食时呛咳。以后数月参考每次复信该院中医的舌诊、脉诊，在原方基础上，曾选加浙贝、云苓、首乌、苡仁、枳壳、鸡血藤、淫羊藿等药二、三味加减治疗。1991 年 12 月 20 日该院中医科主任来信告知，患者病情稳定，全身状况及肌力逐渐恢复，能自行走 50 米左右，每天坚持户外活动 1 小时以上。1992 年 4 月 14 日拔除气管插管。7 月 9 日该院来函告知，患者体重增加，食欲好，四肢肌力增强，每天户外活动 3 小时左右，自行走 200 米距离。现仍继续通信治疗。

（邓中光　邱仕君）

刘志明　治疗肾炎病的经验

刘志明教授认为水肿病的辨证首先要察明虚实，分清寒热。在治疗上根据《素问·汤液醪醴论篇》中"开鬼门，结净府，去菀陈痤"的治疗原则，提出从宣、利、清、补、活血化瘀等论治。在辨证施治中又强调掌握清利湿热，调和阴阳，升降脾胃之原则，并将其法与方灵活运用于临床，效果良好，兹介绍几则。

清利湿热　健脾益肾

慢性肾炎的病理特点为湿热伤肾。临床主要表现为虚实相兼的病证。虚的一面，如气虚、血虚、阴虚、阳虚、脾虚、肾虚等；而实的一面常为虚象所掩盖，容易被疏忽。然面，实邪在慢性肾炎的各种类型，各个阶段都是存在的，并对正虚的程度、疾病的过程有极大影响。实邪有痰饮、瘀血、湿热等。面其中最重要的是湿热，这是慢性肾炎最基本的病理因素。从尿液的变化足以证明，无论何种类型，病程任何阶段，慢性肾炎都有尿液的变化，其特点是尿中蛋白、细胞都增多，并常出现管型，小便浑浊。《素问·至真要大论》谓："水液浑浊，皆属于热"。混浊正是湿热的标志。

从治疗结果也证实了湿热的存在。慢性肾炎患者大用温补之后，疗效不显，如能注意清化湿热，收效就会满意。

例：周某某，男，30岁。1990年3月10日初诊。患者反复面部四肢浮肿两年余，加重半年。晨起头面上肢浮肿甚，午后则下肢为甚，伴腰酸乏力，下肢酸困，纳食乏味，小便频数，量少，尿量每日500毫升左右，大便时干时稀，曾用激素治疗效果不好，而转为我院。

查体：血压18.7/12.0KPa。面浮肿，目胞肿如卧蚕，下肢凹陷不起，咽稍充血，舌苔薄黄微腻，脉细而滑。尿常规：尿蛋白(＋＋＋＋)，红细胞1—3个/HP，白细胞0—4个/HP，颗粒管型0—2个/HP。血色素90g/L，24小时尿蛋白定量大于6g，血清总蛋白50g/L，球蛋白29g/L，白蛋白21g/L。西医诊断为慢性肾炎。证属下焦湿热久稽而致肾、脾两虚。法以清利湿热，补肾健脾，方用猪苓汤加味。处方：猪苓12g，茯苓12g，泽泻12g，阿胶12g，石苇24g，茅根24g，滑石15g，桑寄生9g，川牛膝9g，生黄芪18g，甘草6g，太子参18g，连翘9g。服上药5剂后，尿量明显增加，浮肿渐消，尿量每日200毫升以上，尿频缓解。仍守前方，随证加减，调理1月，诸症皆除，尿检转阴，24小时尿蛋白定量恢复正常。随访1年，未见异常，并坚持正常工作。

按：水肿病，其制在脾，其本在肾，迁延日久，必伤脾肾二脏。本例患者病程2年余，虽有正虚，但以下焦湿热俱重，湿蕴化热，以至脾虚不运，肾阴亏损。治疗时如一味利湿，则更耗肾阴；若单纯滋阴，又易敛湿困脾。仲景猪苓汤是治疗肾炎湿热病的一张良方。方中诸药和缓而不峻烈。互相配伍，共奏育阴利水，清利湿热之功。其补而不滞，利而不伤，益以太子参、生黄芪益气健脾；增茅根、滑石、连翘、甘草清利湿热，既能顾及脾肾之本，又能清利湿热面消肿；牛膝、寄生滋阴养肾。药专力强，虽久病缠绵，又何愁不愈。

温肾健脾　燮理阴阳

肾为水火之脏，藏元阴而寓元阳，脾为气血生化之源，散精微而运湿浊。“精血之源本先天，水火71之养在后天”，提示了脾肾之间相互资生，相互促进的密切关系。

慢性肾炎及肾功能衰竭的本质是阴阳两虚，精气不足。肾阳不足不能温煦脾阳，脾失健运，水谷精微不能充养于肾，生化之源匮乏，必须用调理阴阳之法才能解决。而慢性肾炎病程长，迁延难愈，脏腑亏损，正气不足，抵抗力下降，虚则不耐邪侵，邪自外入，乘虚而蕴结于肾，致使反复感染而导致肾损害，故在强调燮理阴阳的同时，亦不可忽视祛邪的作用。老师通过长期临床实践发现，大部分慢性肾炎患者在整个病程中都有不同程度的邪实症状存在，其中又以湿热毒邪最为常见。患者尿液中出现红细胞、白细胞、管型等沉渣增多，都是湿热毒邪的标志，所以主张不宜用大量辛热燥烈，滋腻蛮补之品。

例：杨某某，女，27岁。1989年7月20日初诊。面部及双下肢浮肿两年余，伴腰酸冷痛，乏力，头昏，心烦，恶心作呕，不欲食，口干喜饮，腹胀满，大便时干时稀，手心热，但又怕冷，气短，尿少。某医院诊断为慢性肾炎。经中西医治疗半年，病情无缓解且渐加重，故转诊我院。

体查：血压21.3/13.3kPa，精神倦怠，面黄白，眼睑及双下肢浮肿，舌淡，苔少、黄白相间，脉弦细滑。尿常规：蛋白(＋＋＋＋)，红细胞0—3个/HP，白细胞0—5个/HP，颗粒管型0—3个/HP。血常规：血色素8.0g/L；血清总蛋白40g/L，白蛋白19g/L，球蛋白21g/L；非蛋白氮80毫克，肌酐7毫克，西医诊断慢性肾炎，肾功能衰竭。中医辨证：脾肾两虚，湿热犯中，治当温肾健脾和中，兼清利湿热。处方：生黄芪30g，太子参30g，桑椹子12g，菟丝子12g，牛膝12g，女贞子12g，生地18g，茯苓12g，猪苓12g，，泽泻12g，阿胶12g，茅根24g，石苇24g，生姜9g，本方服15剂后，症状改善，食欲稍增加，尿量增加每日约1500—2000毫升，下肢浮肿渐消。复查尿常规：蛋白(＋＋)，非蛋白氮下降至60毫克，肌酐下降至5毫克。原方去生姜，加冬虫夏草、白术、车前草。维持治疗3个月，上述症状缓解，尿量增多至每日2500毫升左右，肿消退，血压正常，尿常规多次复查基本正常，非蛋白氮降至30毫克，肌酐降至3毫克。为巩固疗效，嘱病人坚持服上方，并低盐饮食，随访1年，病人一般情况好，能从事一些家务劳动。

按：慢性肾炎、肾功能衰竭病变部位多责于脾肾二脏。由于病程长，故常表现为正虚邪实，虚实相兼的病机。本病例为慢性肾炎尿毒症，以脾肾两虚为本，湿热邪为标。治疗当从缓急，明标本，或图本为要，或治标为急，方不至偾事。故用黄芪、白术、太子参健脾益气；以女贞子、旱莲草、桑椹子、牛膝甘酸能敛，甘凉凉血，配生地以增强滋阴益肾之力；菟丝子、冬虫夏草性温，温阳补肾，配生姜增强温中和胃止呕；用猪苓汤清热滋阴利水，石苇，茅根，车前草性味淡，助猪苓汤清热利尿。诸药配合有补有利，利中有补，补中有泻，配伍周到，丝丝入扣，因而能获全功。

健脾利水　升降脾胃

《素问·至真要大论》云：“诸湿肿满，皆属于脾”。“脾胃为生化之源”，“中运乃升降之枢”。然而，肾炎病机的基本特点在于湿热伤肾，湿热之邪常影响脾胃使其升降失常。故临床可见浮肿日见加重，伴有胸闷腹胀，身重疲乏，纳呆食少等，此时应从脾胃升降调理，促使脾胃健运，恢复其升降功能，常用补中益气汤或胃苓汤。用胃苓汤加减治疗慢性肾炎肾病型疗效显著。

例：张某某，男，19岁。1990年3月20日初诊。反复全身浮肿1年，加重半年。浮肿腰以下为甚，伴腰酸痛，腹胀，身重乏力，纳差，大便时干时稀，在某区医院查尿常规：蛋白(＋＋＋＋)，有颗粒管型，诊断为慢性肾炎(肾病型)，用强的松及利尿剂治疗两个月，病情时好时坏，近日因浮肿加重，

小便量每日500毫升左右而转诊。

体查：血压14.6/9.33kPa，满月脸，面色萎黄，一身悉肿，双下肢为甚，按之凹陷不起，腹膨隆，移动性浊音阳性，腹围100厘米，舌苔薄，黄白相间，脉沉细滑，尿常规：蛋白(＋＋＋＋)，颗粒管型0--2个/HP，血清总蛋白40g/L，白蛋白14g/L，球蛋白26g/L，血胆固醇10.14/mom1。证属脾不健运，秽浊阻滞，水湿内停。治宜健脾行气利湿。处方：胃苓汤加味。猪苓10g，茯苓12g，泽泻15g，白术12g，苍术10g，陈皮10g，厚朴10g，甘草6g，黄芪30g，太子参30g，生姜5g。同时嘱病人低盐饮食，并每日吃新鲜鲤鱼250—500g。服药5剂后，腹胀减轻，尿量由每日500毫升增至1500毫升左右。原方加车前子、白茅根。服10剂后，腹胀，口干，腰酸痛症状消失，全身轻劲有力，尿量明显增加，每日尿量2500—3500毫升，腹围减至70厘米，全身水肿及腹水消失，饮食量明显增加。守原方继续服30剂，尿常规多次检查正常，血胆固醇恢复正常。临床痊愈，恢复正常学习生活。随访1年无复发。

按：《证治汇补》云："肾虚不能行水，脾虚不能制水"。"肾主蛰藏"，受五脏六腑之精而藏之，肾气充则精气内守，肾气虚则精关不固，蛋白精微失守而漏于尿中；脾主运化、升摄，脾虚失运，生化乏源，升降失司，则肾失水谷精微充养，加之水液内停，壅滞伤肾，使肾失闭藏，而出现蛋白尿及水肿。老师在长期的临床实践中认识到，在治疗肾病时除强调健脾益肾外，还非常重视保护胃气，认为病者有胃气则生，无胃气则死，反对使用败伤胃气之方药。凡见脾胃虚弱者都以健脾和胃入手，喜用甘缓和络，扶正去邪的方药，临床疗效卓著。本方系四苓散与平胃散组合，具有行气利水，祛湿和胃作用。方中茯苓、猪苓甘淡入肺而通膀胱；泽泻甘咸入肾、膀胱同利水道，益土所以制水；白术苦温健脾去湿；苍术辛烈燥湿而强脾；厚朴苦温除湿而散满；陈皮辛温利气而行痰；甘草中洲主药能补能和；重用生芪、太子参以健脾升阳，胃和则降，脾健则升，脾胃升降得调，湿热之邪自化。全方利中有补，有补有行，利而不伤，补而不滞。总之，老师在临床上根据水肿的不同症状，详察病情，分析病机，辨证施治，灵活运用上述诸法，或一法独进，或数法同施，或先标后本，或标本兼顾，因而临床取得较好疗效。

（刘如秀）

李辅仁　救误经验

输卵管积水救误案

茅某某，女，36岁，初诊日期：1982年10月9日。主诉少腹拘挛性疼痛5个月。白带量增多，有稠粘物，月经后期，已婚9年未受孕，体发胖。妇科检查为：①右侧卵巢囊肿。②左侧输卵管积水。③原发性不孕。建议手术治疗，患者未同意，转中医治疗。笔者先接诊，症见患者少腹疼痛，腹胀怕冷；腰酸乏力，尾尻部畏寒喜暖；舌质暗，苔薄腻；脉沉弦。思其证为寒湿凝滞。治以温经止痛祛湿。故予"少腹逐瘀汤"，并予"艾附暖宫丸"配合治疗。经两周治疗后少腹痛略减，但仍拘挛性疼痛；腿略浮肿，面目虚浮。遂请李老会诊。李老辨证为气滞血瘀，水湿积聚，冲任不调。治则宜化瘀利水，温经行气。处方：当归15g，川芎10g，赤芍15g，怀牛膝10g，桂枝10g，茯苓20g，丹皮10g，白术10g，泽泻20g，桃仁10g，7剂水煎服。

二诊　药后少腹拘挛性疼痛大减轻，面目及腿浮肿见消退，余症均有好转。处方：当归15g，赤芍15g，川芎10g，丹皮10g，桂枝10g，桃仁10g，茯苓20g，白术10g，泽泻20g，泽兰10g，怀牛膝10g，丹参20g，草红花10g。水煎服共服10剂。

三诊　少腹拘挛疼痛已愈，浮肿消失，腰尻发冷感已愈，自觉周身舒适，白带已止，脉弦细，舌质暗好转，苔薄白，体胖渐减，月经正常。李教授嘱患者再进原方30剂。共调理近月余，诸症皆愈。经妇科复查，肿物未触及，输卵管积水已消失，半年受孕，后生一子，母女健康。

按　李教授指出，前者予少腹逐瘀汤治疗，偏重活血通经。虽腹痛也取得好转，但为何少腹拘挛，腰尾酸凉，浮肿未见好转？他指出，仲景《金匮要略·水气病篇》之"经为血，血不利则为水"，"血分者，因血而病水也；水分者，水病面及血也"。足以囊括了一切水气病中血与水的病理变化。仲景在《金匮要略·水气病篇》，已提出了"瘀水互阻"，并记载了"水与血俱在血室"的"水血互结"证，剖析了活血化瘀利水的双重作用机制。故本病案并非单以活血化瘀所能收效。本案见症少腹拘挛疼痛，舌质暗，并妇科检查卵巢囊肿，中医谓其癥病；左侧输卵管积水，又见症白带增多，腰尻酸凉，脉沉弦乃中医辨证为水湿阻滞，冲任受累所致。李教授又依据《灵枢·小针解》"菀陈则除之者，去血脉也"，继续指出，菀陈系指人体内潴留的水液废物和瘀血腐浊之类，但《内经》并无具体代表方剂，唯仲景将活血化瘀利水法应用于临床。李教授之所以处以桂枝茯苓丸合当归芍药散为方，其特点是以桂枝茯苓丸中之桂枝、芍药、桃仁、丹皮温经活血，配一味茯苓寓活血药中，以助瘀血消散与排除，李教授说仲景明确指出，"所以血不止者，其癥不去故也，当下其癥，桂枝茯苓丸主之。"他继续指出，茯苓一味配其活血药中达到化瘀消症的目的；配伍当归、芍药散之意是其特点。剖析方中当归、芍药、川芎为三味血药；茯苓、泽泻、白术为水药。主治"妇人怀妊，腹中疞痛"及"妇人腹中诸疾痛"。而《血证论》中唐容川谓："血病而不离于水。"正说明了活血药中寓利水药以促其祛瘀的宗旨，故本方共奏活血养血、化湿利水祛瘀之功。

辨咯血兼喉痒救误案

裘某，男，59 岁。初诊时患者喉痒咯血月余，血色鲜红，5 年来反复发作，晨起及深夜为甚；无咳无痰，胸不痛；腰酸腿软；面微烘热，手足心热；脉细弦无力；舌质嫩红，苔薄白；胸片检查为“支气管扩张”，喉科检查，咽部未见异常。初诊笔者给予固金润肺止血，以百合固金汤加止血药治疗，一时咯血减少，仍难愈，特请李老会诊。李老辨证仔细，详查病史，诊断为肝肾不足，水不涵木，肝风上扰，木火刑金之症。宜滋肾培肝，滋水涵木治之。遂予自拟“培肝滋肾汤”治疗。组方：生地 25g，山药 15g，茯苓 20g，丹皮 10g，女贞子 15g，山萸肉 10，元参 25g，麦冬 25g，泽泻 15g，花蕊石 10g。2 剂水煎服。

二诊　咯血止，喉痒略好转，面热好转，仍腰酸腿软。原方再服 7 剂。

三诊　喉痒咯血均愈，腰酸腿软面热均大见好转。为巩固其效，原方又调治一个月。随访半年，病未复发。

按　本案初诊以固金润肺止血，初治服药后也见好转，但喉痒咯血仍未止。李教授指出，前者以“百合固金汤”以滋阴润肺止血，仅从上焦入手辨证治疗，而忽略了要点在于咯血喉痒多发生在夜间和早晨尤甚；面热乃为冬不潜藏，水不涵木，依叶天士《临症指南》辨喉痒一症当分虚实定性、上焦下焦为定位。他继续指出，喉痒咯血一症，临床多见，并非为外感独有之症，应详辨临床表现和脉苔。本病例腰腿酸软，面热，咯血喉痒，咯血时间多在深夜或早晨，脉细弦无力，均是虚在下焦肝肾，因水不涵木，肝热上扰，木火刑金所致。故“滋肾培肝汤”以滋肾水涵肝木，药到病所，故获愈。

辨崩漏救误案

江某，女，39 岁。初诊时患者阴道出血，淋漓不断 5 月余。少腹寒痛作胀，有血块，下后腹痛减轻；心烦；舌质暗，苔薄白；脉弦细。曾经西医诊断为“功能性子宫出血”。用过止血药，血未止，并进行刮宫术，仍不见转机。笔者初诊予丹栀逍遥散加贯仲炭、艾炭治疗，收效一时。但复日出血又增多，特请李老会诊。李教授辨证为瘀血阻滞，经脉不通，血不循经致崩漏症。遂予少腹逐瘀汤 1 剂获愈。又服 3 剂，病不再发。

按　剖析本案初诊医者虽知有瘀，但畏其用活血化瘀药，恐其出血增多，故用丹栀逍遥散加炭类药物止血。但丹栀逍遥散以舒肝解郁为主，面不能治其病机。瘀血应活血化瘀，而非止血炭类药所能除，反而会腹痛加剧。

李教授根据唐容川对出血证中强调祛瘀在于活血是本，止血是标的治则；又根据明代缪仲淳之“瘀血不去，新血安生?”，《医林改错》中强调治病以气血为主，气有虚实，血有亏瘀的记载，创立了活血化瘀方 33 首。而少腹逐瘀汤治愈本案之验，证明了本方治疗瘀血致崩，不仅无促进出血之弊，反能迅速达其止痛止血目的。体现治病必求其本的宗旨。

李教授指出，其辨证要点是少腹疼痛，血暗有块；下后痛减，又复痛。该疼痛多呈绞痛、胀痛。挛痛，寒痛。其次参其脉涩，舌质暗等瘀血指征，痛重则瘀血愈明，医者可大胆用活血化瘀法治疗。定会药到病除。

若少腹仅隐隐作痛或腹不痛，虽有血块，切不可妄投活血化瘀治疗。故临床知其瘀血辨证，重在腹痛，非血暗有块。

辨证治喘救误案

陈某，男，70 岁。患者初诊时哮喘已 10 余年。平时有轻度持续性喘息，痰白稀薄，形神疲惫，自汗畏风，下肢无力，夜尿 2—3 次，经常感冒。西医诊断为肺气肿哮喘，冠心病。查脉沉细，舌质淡红、

苔薄白。笔者曾予补肺汤(党参 10g,五味子 10g,紫菀 10g,款冬花 10g,白术 10g,茯苓 20g,甘草 5g)。治疗 1 周,未见好转,遂请李教授诊治。李教授详辨其脉证后,改为扶正固肾法治疗。投以玉屏风散合六味地黄汤加味,组方:熟地 15g,山萸肉 10g,山药 15g,泽泻 10g,丹皮 10g,茯苓 20g,麦冬 10g,冬虫夏草 5g,益智仁 10g,黄芪 15g,白术 15g,防风 10g。水煎服 7 剂。

二诊 自汗畏风已除,喘亦减轻,夜尿减少至 1 次。原方再服,共调治半月,顽疾悉除。

按 剖析本案初予补肺汤以补肺健脾为主,但未中病机。李教授指出,本案为肾喘,依据《内经》之"形态"学说有二,一是病理的形态,二是生理的形态。各脏腑和形体、五官、色脉之间的有机联系就是生理之形态。内部有了异常变化,而外面所见之色、脉、形体、五官的异常症状为病态。祖国医学的辨证论治,就是基于"形能"学说依据来推断脏腑气血病理变化的。

本病案为肾喘,从病形而言在于肺,而就病态而言在于肾;故见咳喘痰稀白在肺,而重点在于喘而无力,动则气喘,下肢无力;夜尿多,脉沉细、尺尤弱,在于肾喘;自汗畏风乃为年老正气不足,营卫不固;其本在肾,其标在肺。故李教授以玉屏风散以扶正固表,六味地黄汤加冬虫草、益智仁等纳肾定喘。药中病机获愈。

(刘 毅)

万友生　　阴火的辨证求本与遣方用药

自李杲创立了阴火说和甘温除热法后，虽历代医家在临床上用之多验，但由于李氏在理论上阐述得不够明确，甚至相互抵触，因而引起后世见解参差，论争未已。如，既指阴火为心火，又说肾火为阴火；既肯定阴火是脾胃元气虚弱所致，当用甘温除热法，并反复强调火忌苦寒之药损其脾胃，却又把因气虚导致阴血虚而宜合用甘寒法甚至兼有实热而宜合用苦寒法的阴阳错杂之火也概称为阴火。这就未免令人费解、误解或曲解了。考李氏在确立了阴火说后，之所以有时在阴火中杂以阳火，是以临床常见阴阳火相兼为病，而在甘温法中辅以甘寒甚至苦寒等法获效为根据的经验总结，是弥足珍贵的。只是在理论上对阴火和阳火的区别与联系界定未清，令阴火这一临床常见、多发病症，至今未能被大多数人们所认识。因此，进一步阐明阴火理论，使之合于规范，是认识阴火的本质，提高临床疗效的关键。万友生教授长期潜心于此，对阴火的辨证求本、遣方用药颇多发挥。本文拟就此总结如下。

概念

阴火是相对于阳火提出的病理概念。这里的"火"，是指热的现象；"阴"，是指该热象的性质。换句话说，即阴火指病性为阴寒而病症为火热的病理概念。

李杲创立的阴火说，虽然肯定了脾胃元气虚弱是阳火产生的根源，但未能确立阴火与阳火相对独立的概念。李时珍对此作了明确的鉴别，他说："诸阳火，遇草而焫，得木而燔，可以湿伏，可以水灭；诸阴火，不焚草木而流金石，得湿愈焰，遇水益炽，以水扑之，则光焰诣天，物穷方止；以火逐之，以灰扑之，则灼性自消，火焰自灭"。这就是说，可以燔灼津液，用寒凉药能消除的火是阳火；反之，用寒凉药火象加重，用温热药能消除的火则是阴火。也就是说，阳火的病性与症象均为热，属标本俱热证；阴火则病性为寒而病症为热，属标热本寒证。唯其如此，阴火这一概念才具有独立于阳火的意义。

病因病机

病因

阴火的产生，多由饮食不节，劳倦过度，七情郁结，起居不慎等，令元气（主要是脾胃元气）大伤；或寒湿阴邪外郁，或生冷饮食内遏，令阳气不得宣发透达所致。前者发为阴火虚证，后者发为阴火实证。

病机

火热之症，无论阳火或阴火，皆由阳气亢奋所致，而其阳气亢奋又各有虚实之分。这里仅就阴火而言有如下之证因：

1. 阴火虚证　由阳气本虚所致。当上述病因加诸人体时，即易引动虚阳亢奋而见阳气向上、向外升浮之象而出现本证。此证病机之所以多在脾胃，系因脾胃为后天之本，气血生化之源；无论饮食

劳倦七情，皆首伤脾胃，损及元气之故。而脾胃虚弱日久，又常导致他脏不足而兼见多脏虚证，万教授统称之为“脾虚阴火证”。

若肾阳大亏，龙火不能潜藏而向上、向外浮越，则称之为“肾虚阴火证”。

2. 阴火实证　由阳气为阴邪所郁，九窍于内，不得宣发所致

3. 阴火与阳火相兼证　或由阴火虚证日久，气损及血，阳损及阴，而兼见阳火虚证；或因阴火实证日久，阳郁化火，而兼见阳火实证；亦可因阴火与阳火虚实相兼而见阴阳虚实错杂证。

辨证要点

标热症

1. 发热　阴火发热可为低热，亦可为高热，大多为间歇热（间隔时间，短者以时计，长者可数十日一发），呈波动热型。热时或伴汗出、恶风寒等症。

2. 胃中灼热　多因中焦清阳不升，浊阴难降，清浊相干，郁结中焦所致。凡口苦、干渴、气虚不能升津所致，多不欲饮或喜热饮。

3. 舌糜、口疮、牙龈肿痛、咽梗或痛，此为脾虚阴火或肾虚阴火的常见症状。多伴见舌体胖淡而嫩，有齿痕，苔白等。

此外还可见到大便干结，小便频急灼热、脉数等症。阴火的“火”象虽多姿多态，但必有阳气不足的本寒象伴随。

本寒症

素体怯寒、易感，或虽发热而恶风寒甚；精神萎靡，四肢倦怠，少气懒言；不饥，乏味，纳少，纳后脘胀，便溏或虽便难而质软烂；舌胖嫩淡红多齿痕，苔多白或厚腻（若见白底黄苔，为脾虚湿遏所致，不可认作实热而妄用苦寒）；脉虚弱或迟数大而不耐重按。

以上是以众多标热症中辨认本寒症的着眼点。

兼挟症

1. 兼血虚　有失血史，唇舌淡白，面㿠心悸，脉细或芤等。

2. 兼阴虚　五心烦热，咽干舌燥而欲冷饮，胃中嘈杂似饥，大便干结，脉细数等。

3. 兼实热　多见口舌生疮而口苦、口臭，心烦失眠，便结，溺赤，舌尖红绛、苔黄等。

遣方用药

阴火虚证

1. 脾虚阴火证　治宜甘温补脾益气除热法，以补中益气汤为主方。其中，黄芪须重用（30～60g）；人参一味，可随患者气虚的轻重程度，选用党参（30—60g）或白参、红参（10—15g），兼津阴亏者加西洋参（10—15g）；炙甘草为泻阴火主药之一，当重用（10—15g），若稍有气郁化火之象，只须加用生甘草 10—15g 即可；升麻、柴胡一般用 10—15g；当归补血，若便溏者应少用或不用；陈皮于大队升补药中起和降之用，以达升清降浊、补而不滞的目的，用量当在 10—30g 间，少则难当此任。

2. 肾虚阴火证　治宜甘温补肾回阳除热法，以通脉四逆汤为主方。无论外感内伤，病至格阳、戴阳，均属危急重证，应大剂回阳救逆。姜附参草用量均应 30g 以上，必要时应加葱白、猪胆汁、人尿、龙骨、牡蛎等通阳和阴，反佐潜纳，同时静脉注射参附针，力挽危亡。若肾阴亦亏，浮火常炎，口糜舌烂，反复难已者，又当选附桂八味丸缓图。

阴火实证

治宜辛温散热法。如属温邪郁中，火郁于脾的，可用升阳散火汤（气不虚者去人参）或火郁汤；如

属寒邪外束，火郁于肺的，可用三拗汤加桔梗。

阴火阳火虚实相兼证

治宜甘温合甘寒或苦寒法。如阴火虚证兼阳火虚证的，可用甘温合甘寒法的黄芪人参汤；兼阳火实证的，可用甘温合苦寒法的补脾胃泻阴火升阳汤。若气阴两虚，阴火阳火均盛，用药难偏时，当取平补之法，可选参苓白术散方加减。

临床运用

阴火虚证例

一产气杆菌和霉菌性败血症老年女患者，素患病毒性心肌炎、糖尿病、高血脂、左上慢性纤维空洞型肺结核及右侧渗出性胸膜炎。平素体虚易感，此次发热住院一周，经抗菌、抗痨、降糖等综合治疗无效，病危，请万教授会诊时，见患者高热而时发寒颤，身痛，头昏，极度乏力，气短声低，胸闷，不饥，胃脘痞硬压痛，口干，恶心，便溏，舌淡红少苔而前部稍见干红，脉虚数。此气虚已极，上、中二焦气滞亦甚，且兼阴亏之脾虚阴火证，即予大剂补中益气汤（党参、洋参同用，甘草生用）去当归，加焦三仙、枳、朴、砂、蔻以消中焦之滞；冰片、萎、薤开上焦之痹；并另用生脉饮代茶，以补为主，补中兼攻。3 剂体温下降，身痛除；5 剂热退，舌尖回润，诸症减轻；13 剂后脘痞硬痛消失，知饥思食，仅凌晨稍有胸闷。守上方 1 月，败血症痊愈出院。

一男子，胃中灼热多年，腹胀，嗳腐吞酸，神倦乏力，近时便结如羊屎（平素多溏），苔微黄而脉弦迟。万教授诊为脾虚阴火证。予异功散加焦三仙，6 剂热除胀减便软，后常服而愈。

一老妇，形盛而赤，自云"火体"，动则"上火"；眼鼻口中冒火，咽痛如裂，牙疼，手足心热甚，历治不效，殊以为苦。万教授细诘之，知其虽"火大"而从不欲饮，得冷尤剧，大便日 10 余次，溏且难禁，极度乏力，舌胖淡嫩脉弱。诊为脾虚阴火证。予补中益气汤（党参、洋参、生、炙甘草同用）去当归，用银柴胡，加山药、莲肉、石斛、桔梗，兼护脾阴，保肺气。3 剂咽痛除，诸"火"尽消，力增，继服 1 周而愈。

一男患"回归热型结节性非化脓性脂膜炎"，辗转各院两年无效。每 4—7 天发寒颤高热肢厥，皮下结节多发如枣大，持续 6—9 天自退，发病时身疼、咽痛、喜沸汤而不多饮，便软尿清，间歇期面㿠、神萎、声哑浮肿，舌淡苔白厚而滑，脉微细数。此属肾虚阴火证。予大剂四逆汤加味，方中附子用量由 30g 逐渐加至 60g、90g、120g，连服 30 余剂，症虽减而症未已；后附子加至 150g，服 160 余剂，方告全愈。

阴火实证例

一男，风寒感冒服凉解药后，声喑月余，咽喉如火灼，有异物感，渴喜热饮，舌苔厚腻边黄中黑（黑多黄少），脉浮弦。万教授诊为阴火实证。选予升阳散火汤，去参、芍之壅敛，加葱、薄等清宣。14 剂症减且黑苔退，但喑仍甚，继予三拗汤加桔梗。7 剂声音大出，并觉喉间异物有推之外出之感。再进 7 剂而愈。

阴火阳火虚实错杂证例

一女，便秘两年，恒 1 周 1 便，质硬色黄黑，艰涩难下。渴喜冷饮，时腹胀满，左腹痛，纳少，困倦乏力，多眠，形寒，面㿠，动则气短难续，脉弱舌淡苔白。诊为阴火阳火虚实错杂证。予补中益气汤合小承气汤，1 剂即便通，连服 10 剂而愈。

（万兰清）

裘沛然　遣方用药经验举隅

裘沛然教授治疗疑难病证积有许多经验，其中对某些病机表现为气血同病，寒热错综，虚实夹杂，病邪深痼的病证，常采用大方复治的方法。即广集寒热温凉气血攻补之药于一方，以取药性之相逆相激、相反相成的作用，往往可收到出奇制胜的疗效。兹举例阐析。

某男童，14岁，以高热腹痛，赤白痢下伴里急后重起病。前医迭用木香槟榔、荆防败毒、白头翁及芍药等汤方不应。病情迁延二周，邀裘教授往诊。患者痢下频数，日解二三十次，神志时清时昧，精神萎惫，但欲寐状，身有微热，手足厥冷，脐腹时痛，小便赤涩，谷食不进，舌质嫩、苔黄，脉微细欲绝。此由先伤生冷，复感湿热疫毒，留滞肠中，寒热交迫，气血俱伤，邪毒鸱张，阴液亏损，中土惫败，肾阳式微，元气呈欲脱之兆。证情危笃，拟攻补寒热兼施，用大方复治，以冀万一。药用党参24g，黄芪40g，茯苓15g，生甘草12g，熟地黄40g，当归20g，川芎12g，阿胶12g，白芍20g，熟附块15g，上官桂6g，干姜15g，黄芩20g，黄连6g，黄柏15g，车前子12g，泽泻12g，滑石15g，木香15g，槟榔12g，生大黄10g，芒硝9g，诃子肉15g，补骨脂12g，乌梅12g，上药水煎2次，和匀后浓煎成2小碗，分3次饮服。患者服1剂后神志转清，痢下减半，腹痛缓解，手足微温。病有转机，药已对证，原方续服1剂。药后精神渐振，痢下2—3次，腹痛除，小溲清，身热去，手足温，欲思食，脉来有神，苔薄微腻。此积滞去，阳气回，阴津渐复，证入坦途，改投香砂六君子汤加熟地黄，干姜。5剂后精神振，二便调，饮食如常，病体基本康复。

此病属疫毒痢，由热毒蕴滞肠道，燔灼气血，阴阳两损，正不胜邪所致。前医虽率用治痢常方，然药轻病重，邪炽而正气欲溃，病情复杂危重。此时若用单一的治法，必难任艰巨，恐变生俄顷。裘教授针对病机选用黄芪、党参、茯苓、甘草补气健脾；熟地、阿胶养阴补血；附子、官桂、干姜回阳救逆；黄芩、黄连、黄柏清热解毒；车前、泽泻、滑石利湿泄浊；木香、槟榔与当归、川芎同用，既行气又调血；大黄、芒硝荡涤积滞，佐芍药则破积通便之力更巨。按芍药功用自本经及历代药籍所载，均有通泄之功，故仲景以芍药、大黄二药并称，与后人称为"敛"药者有明显出入。方中诃子、乌梅则有敛阴止泻之功。全方温清并用，敛泄共投，攻补兼施，气血阴阳并调，且药味多达25味，似乎庞杂。但药味虽多，法度甚明，杂而有章；更重要的是其切中病机，因而在较短时间内邪毒去而泻痢止，阳回津复，重危之病迅即向愈。

裘教授认为，临床组方遣药，主要从病情的实际需要出发，而一些疑难危重病证大多病机复杂：或表里同病，或沉寒热互错杂，或大虚大实相夹，或痰饮瘀血胶结，或新病又兼宿疾；治疗若仅偏执一端，其收效往往不够理想。《素问·至真要大论》说："奇之不去则偶之，是谓重方。偶之不去，则反佐以取之，所谓寒热温凉，反从其病也"。经文提示：对复杂病证单用奇方或偶方不能奏效时，应采用重方（即复方）或反佐法治疗。裘教授对《千金方》中针对复杂病情而设的一些组方繁杂，药味多至数十种，熔寒热补泻于一炉的方剂作过潜心研究，深感思邈"制方之反激逆从"法奥妙无穷。经过多年临床实践的尝试和探索，体会到采用"大方复治"法对某些疑难危重病证的治疗，确有很好的疗效。

所谓"反激逆从"，就是用性味、功效或作用趋势相反的药物相配伍，从而激发出新的治疗效应。

裘教授体会：药物的配伍意义及其复合作用的机理非常复杂，目前尚有许多奥秘未被揭开。但从实践应用的情况分析，这种相反药物的组合运用，并不仅仅是单纯的制约关系，更主要的是可能产生了相激相成的作用。这种作用有时超越了单味药本身的功效，如单味黄连和肉桂均无安神作用，但若将二者按适当比例配伍后，可以治疗心肾不交的心烦失眠等症。在复方中也有将两个对应的药物群体相组合，从而产生新的治疗作用。如以通常所用的六味地黄丸为例，是方因有熟地黄、山茱萸、山药之三补与丹皮、茯苓、泽泻之三泻的配伍，从而有“壮水之主，以制阳光”的治疗功效。现将裘教授临床常用的配伍经验略举数端。

1. 敛散同用　敛，指收敛耗散之阳气阴津；散，指解散邪气。敛散同用法适用于正虚邪恋的复杂病情。例如，慢性咳喘病中，肺气已虚，伏饮留恋，或又处处感新邪，裘教授常仿仲景小青龙汤法用麻黄、桂枝、细辛宣散在表之邪；以细辛、干姜散寒蠲饮，配合五味子、诃子、白果等收敛耗散之肺气；两者一散一收，使邪气去而肺气和。又如，治疗慢性肾炎因触冒外邪而诱发蛋白尿，常用羌活、防风、蝉衣、苍耳草、白芷等发散在表之邪，复以覆盆子、芡实、金樱子、乌梅、五味子等收摄肾精之品配合运用，不仅症状可以改善，且对某些蛋白尿也可望消失。如果有湿浊内蕴见症者，他还以收敛药与猪茯苓、生米仁、玉米须、泽泻、汉防己等通利之品为伍，一涩一通，而奏良效。

2. 润燥互用　即以辛香苦燥药与阴柔滋润之品合用，适用于湿滞不化而阴津已伤之证。症见口苦而粘，燥渴欲饮，苔厚腻粘着或如积粉堆砌，舌质干燥少津。此时若单用辛燥则津益伤，专以滋阴则湿愈滞，唯有润燥互用，可令湿化津复。裘教授常选生地、熟地、天冬、麦冬、芦根、玉竹与苍术、厚朴、陈皮、半夏等相佐应用，可收显效。盖湿乃浊邪，其性粘滞，若阴亏之体感染湿邪，或湿郁化热伤津，遂成湿滞津亏之证。用养阴生津药后，津润液充则胶痼之邪浮游，再佐以化湿之品，俾邪去津复。又如，对老年肺肾亏虚，水泛为痰的咳喘，他惯用金水六君煎加细辛、白芥子等治疗，收效甚好。方中半夏、陈皮、茯苓燥湿化痰除饮，熟地、当归滋养阴血，一燥一润，标本兼治。清代医家陈修园曾抨击此方“燥湿二气，若冰炭之反，景岳以骑墙之见杂凑成方”。裘教授则不以为然，他用此方治疗老年性慢性支气管炎，每得心应手。他认为，用古人之方，非泥方以治症，唯审证而用方，方随证变，其法始活。

3. 寒热并投　临床所见一些疑难病证其病机属纯寒、纯热者较少，而以寒热错杂者为多，此乃阴阳互根，寒热转化之理。如慢性肾炎伴慢性肾功能不全者，多因病邪久羁，阳气被戕，阳虚而生内寒；另一方面，余邪热毒蕴结未消，盘踞下焦，证见寒热兼夹。欲补阳者必益其阴，无阴则阳无以化，阳气得振则浊邪潜消，再佐清泄，其效益著。裘教授选用附子、肉桂、仙灵脾、巴戟肉、肉苁蓉、补骨脂、生熟地、山茱萸、黄柏、黄连、半枝莲、知母、漏芦、泽泻等，阴阳寒热并调，每多建功。另如，治反复发作的口舌生疮，用细辛、肉桂与黄连、木通相配；治少阴头痛，以附子、细辛与黄柏、龙胆草同用；治顽痹，以乌头、桂枝合知母、生地共投；治胃痛，用干姜、良姜与黄芩、黄连为伍，等等。寒热并用不仅有互制之功，更有相反相成之妙。诚如明代医家李时珍所谓：“此皆一冷一热，一阴一阳，寒因热用，热因寒用，君臣相佐，阴阳相济，最得制方之妙，所以有成功而无偏胜之害也。”

4. 补泻互寓　近贤秦伯未曾云：“治内伤于虚处求实，治外感于实处求虚，乃用药之矩矱。”无论外感或内伤，病经迁延，证见病邪内蕴与正气削伐并存，属本虚标实者多。故补泻兼施几乎是治疗疑难病证的通则。治疗时根据虚实之多少又有“寓补于泻”及“寓泻于补”之殊。如先生治肝硬化常取大黄䗪虫丸、一贯煎、当归六黄汤三方运筹变化。大黄䗪虫丸在大队活血行瘀药中佐以地黄，此“寓补于泻”；一贯煎在多味滋阴养血药中伍入川楝子，乃“寓泻于补”；当归六黄汤补气养血与清热解毒并重，移用于治疗肝硬化，别开蹊径。临床应用时按邪正盛衰的具体情况，三方参伍，消息进退，收到较好疗效。又如，他倡用“养正徐图法”治疗恶性肿瘤，积验甚多。他常用人参、黄芪、当归、熟地、白

术、茯苓、杞子、麦冬、巴戟天、肉苁蓉等扶助正气；略参薏苡仁、牡蛎、白花蛇舌草、莪术、半枝莲、三棱、夏枯草等消肿软坚、活血解毒之品为辅助；消补兼施，常能改善症状，延长存活时间或竟得向愈。如见瘤治瘤，专事消削，不顾正气的治法，往往事与愿违。

5. 动静结合　人身本乎阴阳，阴阳见乎动静，动静合宜，气血和畅；动静失调，气血乖乱。故凡治病用药，必须把握动静变化。裘教授善用炙甘草汤治疗心肌炎后遗症及积压类心律失常。是方在益气养血滋阴药中辅以桂枝、生姜温经通脉，乃静中佐动，故知仲景之方寓有深意。他还加入丹参一味，通行血脉，使之相得益彰；若气虚明显，再加大剂黄芪，所谓“大气一转，其气乃散”。再如治胃气虚弱所致的心下痞满，腹胀雷鸣者，他常重用甘草、党参、熟地、大枣等补气健脾厚肠之品，佐以半夏、干姜、黄连、木香等辛开、苦降，静中有动，补中寓行，俾胃气健而能运，气机畅则痞满消。清末医家多言“中满者忌甘草”，但裘教授重用甘草治中满，获效显著。实则仲景早有甘草泻心汤治“心下痞硬而满”。而此法往往被后人忽视。

总之，裘教授处方用配伍变化甚多，他曾说，人身之病变化无穷，岂可以一法应无穷之变？立方遣药并不拘于药味之多寡，主要在契合病机。大方复治并不是杂凑的方法，其中实寓有巧思及严密的配伍，他自言：“对此法我只是略涉藩篱，但这是中医处方学上一个深奥的课题，值得我们继承发掘，不断探索研究。”

（王庆其）

米伯让　防治流行性出血热的经验

流行性出血热是一种自然疫源性急性传染病。本病具有发病急骤、变化迅速、死亡率高的特点。现代医学分为发热期、低血压期、少尿期、多尿期和恢复期。其中低血压期的治疗颇为棘手，六十年代初医学界对此病的治疗还没有一套较好的办法。米教授于1964、1965、1970年先后深入陕西周至及户县等地采用中医中药进行防治，在诊断上采取中、西医观察相结合，治疗上运用中医药辨证论治的方法，以探索中医对该病防治的有效规律。通过治疗流行性出血热76例的疗效观察，认为流行性出血热属于祖国医学"温病时疫"范畴的"温毒发斑夹肾虚病"。病因为"温气毒邪"与"精气失藏"所致。针对临床各期不同的表现，提出了相应的治法，取得了一定的疗效。今仅将米教授用银翘散加参芍葛麻方作为流行性出血热发热期卫分证预防低血压、休克的经验与体会整理介绍于后。

一

米教授在防治实践中发现流行性出血热与其它热性病截然不同，其它热性病用解表剂后热退即好转，而流行性出血热用解表剂后热退反转凶险，出现厥逆证（低血压、休克），死亡率相当高，治疗颇为棘手。他在治疗中常为如何预防休克出现而焦虑，并认为抗休克是渡过本病的难关。经过反复观察分析，认为此证是人体心肾抗御外邪功能低下，毒邪内陷，正不胜邪所导致。治疗应贯彻以预防为主，防患于未然。在解表时必须注意扶正，故于辛凉解表之银翘散中加党参、杭芍，即《内经》所曰"邪之所凑，其气必虚"，"正气存内，邪不可干"之意。方加党参补益中气以扶正；杭芍敛阴养血以护阴；杭芍与甘草合用酸甘化阴，前人谓可代替人参之作用，合凑可达益气护阴之功效。经用银翘散加参、芍治疗本病发热期卫分证患者，热退后虽有血压下降，但时间短甚至呈一过性，未出现厥证（休克）现象。为进一步达到防止低血压期出现的目的，他发现本病患者体表出血点与麻疹有相似之处，且病变部位又在太阳与阳明之间，故在银翘散加党参、杭芍方的基础上又加入升麻、葛根。升麻可使出血之瘀血散去而不凝，可将血中之毒邪排出，以防内陷；葛根解肌透邪，鼓舞胃气，与升麻配合用，具有散血净血、鼓邪外出之作用。诸药合用，具有辛凉解表，透热解毒，益气护阴，散血净血，祛邪扶正之功效。这就是他提出在辛凉解表剂银翘散中加补药党参、杭芍及外透之品升麻、葛根，用于流行性出血热发热期卫分证、预防低血压、休克的主导思想。其处方如下：

银花17.5—35g，连翘17.5—35g，薄荷10.5g，竹叶10.5g，淡豆豉10.5g，牛蒡子10.5g，芥穗10.5g，桔梗10.5g，生甘草14g，鲜芦根35g，党参10.5克g，杭芍10.5g，升麻10.5g，葛根14g。用法：每剂加水600ml，大火煮沸后，再慢火煎煮30分钟，过滤出200ml，煎2次总量400ml，每服200ml，1日2次，早晚饭前温服。每日1剂，病重者日服2剂。

病案举例　秦某，女，57岁，农民。发热微恶寒3天，伴头痛，身痛，腰痛。查体：体温39℃，血压14.7/9.3kPa。颜面及球结膜充血潮红，软腭、胸、背部有针尖大出血点，两腋有条索状血点，肾区轻叩击痛。尿检查：尿蛋白（＋＋＋），红血球（＋）。西医诊断：流行性出血热，发热期。中医诊断：温毒发斑夹肾虚病、卫分证。先用银翘散加党参杭芍葛根升麻方（药量详见上方）3剂，热退症减。后用竹

叶石膏汤善后而愈。血、尿化验检查3次，均系阴性。未出现低血压、休克、少尿、多尿现象。证明本方具有明显清热解毒，减轻中毒症状，预防厥证和越期而愈的作用。

经米教授治疗流行性出血热76例中，治愈70例，死亡6例(5例死于厥证[休克]、1例死于血分证尿闭[尿毒症]，此6例皆为患者家属拖延治疗所致)。其中20例卫分证患者，用上方治疗后，14例未出现低血压、休克，平均退热时间为3—4日。体温下降后，亦无明显症状加重现象，此即所谓“越期而愈”。

解表剂加补益药，前贤论述不乏其例。如桂枝加黄芪汤，桂枝加附子汤、人参败毒散，皆寓扶正于祛邪之中，为后世治疗之大法。但所载解表剂中加补益药，均见用于辛温解表剂中，而于银翘散中加补益药，则文献无此记载。正因如此，米教授初在银翘散中加党参、杭芍时，有的同事表示怀疑，并提出异议。但实践证明，银翘散加党参、杭芍，确为治疗本病卫分证开辟了新的途径。

二

本病发热期逆转之枢机，即热退后出现厥逆证(低血压、休克)，这是本病的特点，亦是病程的危重阶段。米教授认为，本病发热5—6天而现厥逆证，是与《素问·热论》“一日太阳……六日厥阴”有相似之处。若以六经病机传变分析，“太阳之上，寒气主之，中见少阴”；“少阴之上，热气主之，中见太阳”。是急性热病太阳与少阴相互转化内在联系的依据，对认识本病有所启发。本病卫分证是病在表，突然出现厥逆证，是为毒邪内陷。其机理有二：一是邪从少阴热化而成热厥；一是邪从少阴寒化而成寒厥。其治法各异。但无论寒厥或热厥，皆为正气不足，不能鼓邪外出，毒邪内陷所致，故在银翘散中加参、芍、葛、麻四味，其机理以达祛邪扶正，防止病情逆转而致厥逆证。即《内经》所谓“不治已病治未病，不治已乱治未乱”之意。

米教授在辨治本病过程中，发现该病厥逆证，计有火郁血实热厥证，火郁中焦热厥证，精亏阴伤痉厥证，肝风内扰呃逆厥证，正虚邪实蛔厥证，血虚表郁阳邪内陷厥逆证，气脱血瘀寒厥证等七种；病理、病机复杂，非止热厥证之一端。热病中出现热厥，从理论上易被接受，然热病中出现寒厥，则较难理解且易被忽视。因此他指出，热病寒厥的病理机转有二：一是患者素体阳气虚弱，感受温毒后，由于邪胜阳微，温毒乘虚内陷，损害营血，导致气血运行失常，气机逆乱，阴阳之气不相顺接，血郁脉络而成。二是由于高热耗阴，阳气失养，机体抗御病邪能力骤降而转化为本证。寒厥与热厥判若冰炭，认证不确，治疗失当，则祸不旋踵。鉴于本病属热病而现寒厥的现象，他认为，寒厥、热厥的临证鉴别，应以患者出现的具体的证为诊断依据，切不可认为热性病若出现厥证，必然是热厥证的片面认识。举例如下：张某，男，52岁，农民。发冷发烧5天，病情突然加重。症见面色苍白，四肢厥冷，烦躁不安，无热恶寒，体温35.5℃，眼睑及球结膜明显浮肿，前胸及两腋有鞭笞样出血点，腰痛似折，当日腹泻4次，内容为前一日所进未消化的食物。舌质淡，苔白略黄，脉微。血压10.7/9.3kPa。西医诊断：流行性出血热，低血压期。中医诊断：温毒发斑夹肾虚病，气脱血瘀寒厥证。急用六味回阳饮加葱白(黄附片35g，干姜52g，炙甘草35g，人参17.5g，熟地35g，当归35g，葱白4根)以益所固脱，温中回阳。24小时内连进3剂后，患者自觉舒适，症状明显减轻，四肢转温，泄泻止，脉象明显可触及，血压回升至13.3/9.3kPa。继之，改用当归四逆汤加人参(当归17.5g，桂枝10.5g，杭芍10.5g，炙甘草10.5g，生姜10.5g，大枣4枚，细辛10.5g，木通10.5g，人参7g)。3剂后安全渡过险情。

此例从症状、辨证论治与疗效均说明乃寒厥无疑。因此，米教授指出，临证时必须客观全面准确地搜集临床资料，在此基础上进行辨证求因，审因立法，分清主次，以法定方。并提出“热病寒厥当慎辨”之告诫。

(米烈汉)

高辉远　治疗老年病用药经验简介

著名老中医高辉远教授，是当代中医学家蒲辅周先生的高足，业医50余载，学识渊博，经验丰富，治病重在实效。对老年病的治疗，在辨证立法之后，尤精于遣方用药。兹就其老年病临证用药的经验简介如下，以供同道参考。

祛邪勿忘扶正　慎施戕伐

老师认为，大凡老年之人，诸脏腑功能多为脆弱，机体调节适应性锐减，正虚不能胜邪，虚实夹杂，无论邪实之疾或成于体衰之前，或生于正虚之后，实因不足之体最易招致诸邪，"两虚相搏"之机遇甚多，邪结不祛则正气难复，故邪实之患又不可不治，其疗治之法又不可与年轻体壮之人同日而语。老师强调，此时治疗尤要重视正气为本，主张驱邪勿伤正气，扶正亦能逐邪。老年之正气，须刻刻固护，因损之极易，培补甚难，邪实宜除，但不可过。如治老年外感，理当解表发散，以驱除表邪。然老年患者，因卫阳虚弱，腠理疏松，稍一不慎，恐有不测之变。故老师临证常喜用玉屏风散，或用再造散，或用加减葳蕤汤等扶正的方剂变通治之。解表药不宜过重，以免损伤卫阳。这样既能祛邪于外，又固正于内，可避引邪入里之弊。外感病如此，内伤杂病亦不可不慎。如老年便秘，归纳有气虚、血虚、阴津枯竭等，亦有因热所致者。由于其病机属虚者多，故治疗不宜专用通下，应通补兼施。如果便结较重而气虚不显且有热象者，以调胃承气汤减半治之为佳。调胃承气汤为缓下之剂，再减其半，力量轻微，既能通其下，又不伤正气。若气虚明显者，可取黄龙汤攻补兼施之法；若兼有阴津亏虚，可取新加黄龙汤滋阴通下之法；若身体极虚，肠腑推动无力者，可用麻子仁丸润其肠道，兼以补气行气之品，助其传导之力。

总之，老年患病每邪盛正虚，不但贼邪多不受驱，且强行驱之反能戕伤正气，故老师谓蒲老先生"汗而毋伤，下而毋损，温而毋燥，寒而毋凝，消而毋伐，补而毋滞，和而毋泛……"的治疗原则，对指导老年病的立法用药，尤有重要意义，值得我们师法。

凡病皆重胃气　善护宜养

老师深领《灵枢·五味篇》所谓"五脏六腑皆禀气于胃"之旨意，认为胃气乃人的生命之本，胃气的盛衰有无，关系人体健康与否及生命的存亡，故有"有胃气则生，无胃气则死"之说，盖脾胃为后天之本，胃气强，则运化功能亦强，机体气血生化有源；胃气弱，则脾胃的运化功能亦弱，机体的气血生化乏源。因此，凡病之发生和转归莫不与脾胃关系密切。故善察病者，必察其脾胃之强弱，治病者，必先顾其脾胃之盛衰。如果脾胃生气受戕，则损怯难复。所以，老师把保护胃气作为临床治疗老年病的前提，他的保胃气观点是："体壮实者，祛邪即是保胃气，邪气除胃气自然通畅；胃气虚，则宜补养，俾后天资生有源，中气斡旋得复，疾病始有转机。五脏中不论何脏之虚，凡涉及胃者必从胃治，与胃不相关者，亦当时刻不忘胃气为本，以胃为养。如中气虚者，常用党参、白术、黄芪、甘草、大枣之味以补之，佐建曲、焦楂、陈皮类使补而勿壅；中焦虚寒、老人体肥、运化不足者，干姜甚或肉桂、附子以

温之，佐玉竹、山药以防刚燥伤胃；湿盛者，苡仁、茯苓、苍术以燥之，湿除脾健则已；清阳下陷者，升麻、柴胡、荷叶以升之，量不宜重，不使药过病所；中脘气滞者，厚朴、砂仁、蔻仁、木香以理之，滞去则已，小量则悦脾化湿、醒胃理气，大量便会燥胃耗气，故又宜佛手、绿萼梅、香橼皮，以理气不伤胃阴；若脾阳不亏，胃阴虚有热者，沙参、石斛、知母以清之；热去而胃燥液干者，玄参、二冬、茅根、玉竹以润之，亦可以微酸之品如白芍、乌梅、木瓜、五味子以敛肝，抑制其胜我者，则胃津自充。可见，治病顾护胃气，实为老师治疗老年病立法用药的指导思想。

气血宜当调和　贵在疏通

人届暮年，精力日疲，积年因病或久病后血气衰少，或者因多思远虑，过伤七情，导致气机郁结，气血凝涩，郁滞不畅之证，正如《素问·痹论》云："病久入深，营卫之行涩，经络时疏，故不通"。老师认为，老年人纯实不虚者少，虚实相兼者多，因虚而致实，因虚而致瘀是老年病的特点之一。故临证气虚兼滞，血虚有瘀者屡见不鲜，气虚有瘀，血虚气滞者也不少见，如中风、胸痛、腹满、小便不利、癃闭、胁痛等。其原因多由脏腑气虚，不能运行气血，以致气虚而滞，血行缓慢而瘀阻。其治之法，主张"气以通为补，血以和为用"的原则。选方择药之时，既忌壅塞粘滞，呆板蛮补，又要免重用或久用逐瘀搜剔攻伐，或芳香辛热走窜之剂，以防耗气伤血，而贵在气血流通，冲和活泼，则虚者得补，损者受益。老师于临床能灵活运用在补虚中调气血，在补虚中解郁积。如在治疗虚损诸疾中，运用补益气血之剂，务使脾健运，肺有治节，心使君令，肝气条达，或少伍辛香流动之品辅佐其间，则益气补血之品无滞膈壅之弊。如参、芪、术、草得陈皮、木香，则气可补而不可滞，地黄、白芍、阿胶、首乌、枸杞伍红花、桂枝则血得益而能运。治疗缺血性脑血管疾患，如中风，多用补阳还五汤合黄芪赤风汤加减，以达补气活血，化瘀通络之效，使之元气畅旺，瘀消络通，诸证可愈。治疗老年内伤郁证兼夹者，极喜用丹溪越鞠丸合甘麦大枣汤化裁，以着重行气解郁为主，认为气行则血行，气畅则痰、火、血、湿、气、食等郁滞自解。他对冠心病心绞痛的治疗，尤有心得。认为冠心病心绞痛，乃本虚标实之为病。本虚则心气不足，心阳虚损，心阴失养，心志不宁；标实则气滞血瘀，痰饮阻滞。对此他不十分主张单纯或长期重用"活血化瘀"之剂，而是主张补益心气，以气帅血，最为得当。故自创"养心定志汤"方，本方以定志丸补心强志，桂枝甘草汤温通心阳，生脉散益气养阴，加丹参、川芎、延胡理气活血。全方气血阴阳兼顾，补而不腻，静中有动，用于临床多年，颇多效验。凡此种种，足证高师治血重在气，不独皆活血，而是"疏其血气，令其条达"，俾能"气血冲和，万病不生"。这是在老年病用药施治中不可忽略的一环。

临证遣方用药　精简轻灵

用药慎重而精炼，圆融活变，轻灵而平稳，是高师的一大特色，对于老年病的用药意义尤为重大。老年人由于正气不足，脏腑亏虚，生理功能减退，加之对药物耐受性差。所以，高师主张遣方用药贵在约，用药喜以味少而胜多，最忌广络原野，以求幸中的做法。并认为药物本为补偏救弊之用，药宜适量，贵在中病辄止。须知药物可以治病，亦可以致病，如"水能浮舟，亦能覆舟。"错用滥用，无病用药，均为扰乱，对人体反为不利。高师谓：目前，在某些患者，甚至个别医生中，仍存有"药味多，用量大，花钱多，疗效作用就强"之偏见，实际上临床之疗效，并不完全与药味之多寡，用量之大小，花钱之多少成正比例。他认为中医七方中，大、小、缓、急、奇、偶、复，其中急方中药味甚少，而作用最强且速，如独参汤只一味，参附汤、当归补血汤只二味，生脉散、四逆汤皆三味药。即便是复方也不是韩信将兵，多多益善，而是有君、臣、佐、使的有制之师。认为治病以辨证和方药的功能详细分析，治不中病，片面加大用量也不行，必须注意老年之体不任重剂，药量力求中，既要避免杯水车薪，药不

胜病，也不能药过病所，诛罚无过。如玉屏风散是防治老年人或卫虚易感冒的方剂，蒲老临证曾仅用粗末 9—15 克，煎服疗效满意。而有位医者用大量治疗，患者服三剂则胸满不适，因芪、术乃补中之品，用之过量，有中满腻膈之嫌。后改小剂煮散服亦效，且无胸满之弊。高师认为老年病证愈复杂，疏方遣药越要精，凡病情复杂或有几种病，必须抓住主要矛盾，击中要害，出奇制胜。但有些老年慢性病也不可急于求功，认准后贵在守方，切忌变法变方过频。年迈之体，用药宜精，药量宜轻，处方宜小不宜大，宁可再剂，不可重剂，何况只要辨证精准，对症下药，多可起力拔千斤的作用。所以，他临证组方，药物少而精，除做丸、散、膏、丹的处方外，一般是 6—10 味药，其用量为 5—10 克，最大量也很少超过 15 克，就是质量难溶的龙牡磁石之类，一般也只用 12—15 克。处方主次分明，重点突出，充分体现了他"辨证要准，立法要稳，选方要精，用药要轻"的治疗老年病学术思想。

高师不但组方严谨，而且在遣方用药上，皆能立足实践，从不墨守成规，胶柱鼓瑟，而是师古不泥，唯善是从，不拘经方、时方、验方、单方，但能广为博采，方智圆神，灵活运用。他善于借经方之精炼，时方之轻灵，创立了许多新方，如治疗眩晕的"蒺藜定眩汤"，治疗冠心病的"养心定志汤"，治疗慢性支气管炎的"751 糖浆"，治疗慢性肾病"加味春泽汤"，以及治疗糖尿病的"滋阴降糖汤"等等。由此可见，高师遣方用药，匠心独运，自树一格，诚不愧为一代中医老年保健专家和临床家。

（王发渭）

欧阳锜

求本·察舌·解毒

自70年代初期，欧阳老师专攻恶性肿瘤的辨治，经由临床到理论，复用理论指导临床的循环往复，孜孜不倦求索20余年，积累形成了一整套较为完备的学术经验，兹将其中特色简介如下，以飨读者。

一、谨察病机，明辨标本

作为一类疾病，恶性肿瘤在西医病因病理方面有其共同的特点，而从中医理论角度，则有一个重新认识和系统化的过程。这一过程的完成，必须立足于临床，尤须通过证方对应的临床经验。

尽管不同部位的恶性肿瘤，有其不同的临床症征，但均以癌细胞不断增殖，出现进行性增大的肿块，以及由此产生的梗阻、侵蚀症状为基本特征，属于中医"内有坚癖"的范畴，疾病早期结合局部肿块审症求因多属"瘀滞"、"痰凝"。中、晚期因癌细胞异常增殖，代谢快，消耗大，患者在肿块日渐增大坚硬的同时，出现进行性消瘦、贫血、抗病能力下降等中医称为虚损的证候，应属于中医"大实有羸象"或"因实致虚"之类。病情发展过程中，肿块及其梗阻所致血运障碍导致组织坏死腐败，继发感染，使癌块周围产生炎症、充血、水肿、渗出，更使梗阻及侵蚀症状加重，临床出现"火热、湿热、血热、痰湿、瘀血"等典型实证。虚损证候，一般见于中晚期，其中以"阴血虚耗"居多。部分病人出现"阳虚气损，气血两虚，脾胃气虚"等证，细细分析，多素质阳虚、气虚，或罹患其他慢性消耗性疾病，或患恶性肿瘤后较长时期内服用寒凉攻伐之剂及放、化疗等有关。

从临床来看，恶性肿瘤发展迅速，体内癌块坏死，毒素吸收人血，多出现"热毒"症状；而体表肿瘤溃烂，秽臭异常，审证求因多责之"毒"。导师系统研究分析了全国各地治疗恶性肿瘤的中草药，得出以清热解毒药所占比例最大的结论。动物抑癌实验则从现代中药药理角度说明，常用于恶性肿瘤的解毒药绝大部分有不同程度的直接或及间接的抑癌作用。导师自身多年的临床科研实践亦证实，解毒药对大部分恶性肿瘤或其一定阶段确有疗效，恶性肿瘤患者症状缓解之后，坚持使用解毒药，可使部分病人病情得到控制。

因此，导师认为，恶性肿瘤以"癌毒"为根本病因，毒瘀或痰毒互结则成坚癖。病情发展，"癌毒"渐盛，肿块增大；毒邪郁热，或毒邪伤正，外邪乘虚侵袭，则见"火热、湿热"证，晚期热入血分，则见"血热"；热邪最易耗伤阴血，故"毒热伤阴"之证常并见，晚期患者亦多亡于"毒盛阴竭"。总之，恶性肿瘤以"癌毒"为病因之本，"毒热伤阴"为基本病机和中心证候。而其发展过程中一定阶段出现的其他病因病机或证候，以及因治疗不当、体质差异、合并其他疾病所致证候，皆属病之标。明辨病因病机之标本，则治疗得以遵循中医标本缓急之原则。

二、审舌度势，进退自如

通过长期的临床探索，导师揭示了恶性肿瘤患者舌象变化与病因病机的内在联系及其规律，进而提出以舌象为主要客观依据，辨证择方，扭转阻断病势恶化，判断预后吉凶的一套方法，颇具特

色。

恶性肿瘤辨证，除应掌握实证与舌象的对应关系，如热毒炽盛舌红苔黄，湿热郁结舌红苔黄厚腻，痰毒互结舌胖苔滑，瘀毒互结舌紫黑以随证治之外，辨明阴阳气血的偏虚，一定要以舌质为准。病变过程中，一般逐渐出现舌边俱红、舌鲜红、舌绛、苔干、少苔、无苔等"热入血分，阴血虚耗"之证，均当滋阴凉血养血。若见舌质偏淡，或淡白，多系患者素质偏差，或过用寒凉，损伤阳气，出现"阳虚气损，脾胃气虚"等证，亦当补气助阳及调补脾胃，虽不能彻底控制肿瘤发展，但可增强机体抵抗力，在一定时期内减轻病情或防止病情恶化，正所谓"急则治标"。

恶性肿瘤本于癌毒，而多亡于阴血枯竭。导师发现舌苔出现花剥或光剥是病性发展恶化的预兆，而治疗后舌苔复生又是病情缓解稳定的标志，舌苔花剥或复生的程度与病情恶化或缓解的程度呈正比关系。以此为据，导师早在70年代末期就提出白血病、鼻咽癌、胃癌等以舌苔变化为主要指标的辨证用药方案，均为全国有关肿瘤学术会议所采用，受到国内同行的高度关注。导师还强调，恶性肿瘤患者，舌苔花剥或光剥，应立即以大剂养阴解毒，使舌苔复生，则病势可暂时逆转，进而稳定；恶性肿瘤早、中期，或晚期病情缓解之后，应坚持使用解毒药物，对于部分病人，可有效地防止舌苔的花剥或光剥，从而阻断病势的发展。若用药后舌苔不复生，或不能防止舌苔的剥脱，病情多迅速恶化，预后不良。

导师审察舌象辨证度势，不仅使临床随证择方、守方、更方进退自如，得心应手，且能及时阻断病势发展，逆转病情恶化，以致诸多患者能够减轻痛苦，延长寿命。如一晚期食道癌患者，初诊时症见食饮难下，胸痛，便结，烦躁异常，舌红、苔黄厚。先用开关散数次，虽能短暂稍进流质，但舌苔渐见花剥，再用前药，非但关不能开，反剧痛难忍。辨为瘀毒阻膈、阴液大伤。治以养阴滋润，解毒活血，降逆止呕。改用冷延丹缓缓噙下，即能开关进食，再以生地、大黄、蒲黄、旋覆花、代赭石、白芨浓煎取汁，入冰片，每日噙服6－8次。半月后，舌苔渐生，能进稀软食物，维持生存达1年以上。又如，一鼻咽癌患者，耳聋，复视，张口困难，每次偏头痛发作，则舌红无苔，白细胞上升。及时用生地、赤芍、丹皮、银花、野菊花、全蝎、蜈蚣等，数剂即使舌象、血象恢复正常，偏头痛诸症逐渐减轻消失。经过一段时间，诸症复见，再以原法，症复缓解，如此反复。最后发作时用上述方法，舌苔不再生，症状亦不减轻，病情日趋恶化。再如一舌上淋巴瘤患者，舌体凸肿，红绛无苔，转动不灵，进食困难，双颊及头侧胀痛，心烦口渴，尿黄赤。初诊予导赤散加夏枯草、天葵子、紫草、浙贝凉血清热，软坚散结。连服50余剂，舌上肿块逐渐缩小，转动较灵活，舌苔亦生，头痛缓解。但继见食欲减退，脘胀不适。与消导之剂无效，而且胀满以午后及上半夜为甚，察其舌已由红绛转淡，并口淡、多涎唾。断为血热已尽，寒凉伤中，脏寒所生之胀满。改理中汤少加桂枝，3剂食纳转佳，5剂胀满消。后用异功散加生地、丹皮以善后。以上三例，首例见舌苔花剥，用养阴解毒，随舌苔复生而诸症减轻，生存期延长；第二例，因舌红无苔，投养阴凉血，解毒熄风之品。舌象正常，则症状缓解，屡试屡验。最后用药而舌苔不生，终至回天乏力；第三例，前证系心经火毒瘀结舌窍，用药后症减，但舌质变淡，腹胀午后为甚，舌症合参辨为中寒，治之果效。由此说明，辨治恶性肿瘤，以舌象为凭，确属真知灼见。

三、解毒抗癌，邪去正安

治病必求于本。在对恶性肿瘤病因病机标本认识的基础上，通过长期的临床、科研实践，导师逐步形成了"恶性肿瘤应着重解毒抗癌"的治疗学观点，并针对不同部位恶性肿瘤兼挟病因、病变脏腑、主症等特点，以自身临床积累为核心，吸收各地经验及现代中草药抑癌药理实验成果，订制出以"解毒抗癌"为主的常见恶性肿瘤治疗通用方。

1. 泄肝解毒方：用于肝癌。功效解毒和血，疏肝止痛，利湿消胀。方由柴胡、郁金、白芍、川楝子、

紫草、臭牡丹、蛇舌草、半边莲、厚朴、煅牡蛎、薏米、甘草等组成。

2. 清肺解毒方：用于肺癌。功效清肺降气，宽膈除痰，解毒养阴。方出鱼腥草、臭牡丹、葶苈子、苦参、石苇、瓜蒌皮、丝瓜络、紫苑、薏米、沙参、百合、甘草等组成。

3. 和胃解毒方：用于胃癌。功效和胃降逆，行气止痛，解毒活血。方由法夏、陈皮、郁金、白芍、藤梨根、臭牡丹、半枝莲、蒲黄、五灵脂、瓦楞子、甘草等组成。

4. 理肠解毒方：用于肠癌。功效清肠止痢，祛湿解毒，和血止痛。方由僵蚕、乌梅、煅牡蛎、败酱草、地榆、槐角、苦参、仙鹤草、臭牡丹、薏米、白芍、川楝子、甘草组成。

5. 启膈解毒方：用于食道癌。功效开关进食，降逆止呕，解毒和血。方由旋覆花、代赭石、地龙、天葵子、山豆根、乌梅、威灵仙、臭牡丹、蛇舌草、僵蚕、蒲黄、甘草等组成。

6. 调经解毒方：用于乳腺癌。功效疏肝调经，软坚散结，解毒活血。方由柴胡、郁金、白芍、漏芦、浙贝、天葵子、炮山甲、煅牡蛎、臭牡丹、留行子、茜草、甘草等组成。

7. 通窍解毒方：用于鼻咽癌。功效解毒利窍，清肺散结。方由辛夷、蒲公英、鱼腥草、桑白皮、露蜂房、僵蚕、蝉蜕、天葵子、夏枯草、甘草等组成。

8. 活络解毒方：用于淋巴肉瘤。功效通络活血，除痰散结，解毒利湿。方由络石藤、地龙、制南星、僵蚕、浙贝、天葵子、煅牡蛎、白芥子、夏枯草、臭牡丹等组成。

恶性肿瘤以癌毒为本，而癌毒之为患，常与六淫、留邪相合形成瘀毒、痰毒、热毒、火毒、湿毒等。不同部位的恶性肿瘤，病因同中有异，治之当有所别。毒邪侵犯不同脏腑，所致的脏腑功能失调或实质损害及其主要症状不同，立法亦应兼顾。故肝癌必兼疏肝活血；肺癌必兼清肺除痰；食道癌必兼开关降逆，如此类推。辨病通治之方，依据恶性肿瘤的基本病因及各种不同部位的特点综合组方，因此可作为各病的基本方。临床主要适应于恶性肿瘤早、中期证候不典型或经治疗后病情稳定患者的调治。如果疾病发展过程中出现典型的热毒、湿热、血热、瘀血、痰湿、阴虚、气虚、阳虚等证候，应病证结合，以上述方辨证加减，并根据证候病情程度恰如其分地掌握基本方药与辨证加减方药味数及剂量的比例。如肺癌出现伤阴证候，舌苔始见花剥，可在清肺解毒方中加重沙参、百合的用量；舌苔剥脱过半，可酌减清肺解毒降气药味数，重用沙参、百合，加生地、麦冬、天冬之类，解毒养阴并重；舌绛无苔，则应以大剂养阴凉血药为主，酌加解毒之品。

综上所述，谨察病机，明辨标本；审舌度势，指导辨证择方、守方、更方；解毒抗癌，使邪去则正安，构成导师认识、辨析、治疗恶性肿瘤学术经验的基本框架与显著特色。然而临床运用，又必须遵循中医标本缓急，四诊合参、病证结合的原则。如此才能既具特色，又不至偏颇，使理、法、方、药、环环入扣。这是导师的谆谆告诫，也是我们继承运用应当注意之点。

（朱克俭）

刘炳凡　治疗内科疑难急症的经验

著名老中医刘炳凡，行医 60 余载，阅历宏深，学验俱富，擅长于内科疑难急证的治疗，认为治内科急症不难，治疑难急症较难。疑难急症有其特殊性，不同于一般内科急症，要体现"内外环境恒动的整体观。"在治疗上要突出一个"人"字，即治病必须治人。这样才能挽狂澜于既倒，体现中医治疗内科疑难急症的特色。

整体认识，注意人体动态平衡

对内科疑难急症，中西医各有不同的观点。老师认为"内科疑难急症的发生、发展，不是孤立、单一的病因作用于人体的反映，而是多层次、多因素、多变量、多模式的全部相互作用的集中"。鉴于此，老师强调："对内科疑难急症的治疗，不应只见局部而忽视整体，只见现象而不究本质。应从整体认识，注意人体的动态平衡，才能避免治而不治，达到不治而治的目的。"如老师治疗"关格"一案，颇有启迪。

谭某某，男，55 岁。阑尾炎切除，术后 3 个月便闭，腹胀，呕吐渐重而住人湖南某医院，会诊诊断为"阑尾炎手术后粘连性肠梗阻。"采取保守疗法 10 余天，因大小便不通停止进食，以输液维持，日夜腹胀，用胃管反复抽液，石腊油灌肠，大便仍不通。医用甘遂粉 3g 调糊从口腔灌人，少顷即全部吐出，并呕出胆汁。故插着吸管，车载而来求诊。时发热，微恶寒，无汗，口不渴，腹胀，大小便不通，面色萎黄，舌质淡红，苔黄白而腻，脉浮弦滑，诊为"关格"。老师认为：此因阴阳交阻，气机逆乱所致。宜治病治人，从整体改善局部。宣肺气、启皮毛、化湿阻、通地道。处方：西洋参 6g、苏叶 15g、藿香 10g、防风 10g、荆芥 5g、白蔻仁 4g、法夏 6g、广皮 6g、厚朴 5g、炙甘草 4g、蒲公英 30g、砂仁 3g、肉苁蓉 15g、草决明 15g，4 剂。每日 1 剂，水煎 3 次，分 3 次温服。另方：番泻叶 12g、沉香 2g、荜澄茄 2g。共研细末，胶囊装(每颗含 0.5g)。第 1 天 3 次，每次 2 颗。第 2 天 3 次，每次 3 颗。服汤药 2 剂，胶囊 15 颗后，大便先行，小便随利，诸证顿除。予以健脾助化之剂善后。

治此例疑难急证，非常法之所宜，故上、下求通而病反剧，此知常而不知变也。老师据肺与大肠相表里，紧扣治病治人，宣通上下内外，《金匮要略》云"阴阳相得，其气乃行，大气一转，其气乃散"。故以西洋参养阴益气；苏叶宣肺气；荆防启皮毛即所谓宣肺气，启皮毛，上焦得通，津液得下；厚朴，砂仁行气宽中；藿香、白蔻醒脾化湿；法夏、广皮降逆止呕，以和升降之枢；肉苁蓉、草决明温润肠道；重用蒲公英，既可清热解毒又可利尿而散交阻之结气；炙甘草调和诸药。妙在配以番泻叶、沉香、荜澄茄研末装胶囊内服，既可使药物不刺激胃壁，又可直达病所温通沉痼之积结，诚如老师言："治急症，特别疑难急症，须从整体认识，若为局部现象所惑，不注意人体的动态平衡，见病治病，必然有失，唯见病而推其所以然，不为现象所惑，则事半而功倍"。

推原究委，分析内外环境影响

内科疑难急症，是不可能按医师的定势而发展，在抢救疑难急症中争取主动，是治疗疑难急症

的关键。老师认为："抢救疑难急症，要细心推求发病原因，详析内外环境的影响，即所谓不但要审致病之因，更应详内在之因即个体素质之差异，如《医门棒喝》所言'治病之要，首当察只体质之阴阳强弱，而后方调之使安'。证之于疑难急症的抢救，亦是不可缺少的重要因素"。如治高热一案，可证其说。

姚某，男，70岁。患有震颤麻痹、冠心病史，近因前列腺炎住入湖南某医院，因褥疮感染，高热39.6—40℃，下午、晚上热势加剧，谵语，神志昏沉，用抗生素而体温未降。会诊诊断为："亚急性败血症"。邀老师诊治，时病人正在输液给氧，察其面色烟浮，瞳孔大小对等，但转动不灵，按其心前区即皱眉作苦状。家人代诉，已1星期未进食，大便不能自控，近3日大便未行，小便靠导尿管排出。常诉心痛，尾骶近肛门部有褥疮，醒则手足震颤，给水即咽，不给不索，按其腹有灼热感，察其舌质淡红带紫，舌尖破溃，苔白微黄而腻，诊其脉弦小而数。老师认为："此属素体阴虚，加之湿遏热伏所引起的高热，其特点是：面色淡黄而烟浮，其首如裹面昏沉，表情淡漠，午后发热，至夜加剧，状若阴虚，胸闷不饥，渴而不饮，时有恶心作呕。其病机是湿遏热伏，理应清宣温化，但病人舌尖干而破溃属气阴两虚而兼血热，心区作痛必有瘀阻，便秘腹热地道不通，所以其治疗关键在于养阴退热，宣畅气机，上下分消其湿。"处方：太子参15g、沙参10g、丹参15g、远志3g、枣仁12g、灵脂12g、蒲黄12g、牛角30g(先煎1小时)、生地15g、白芍15g、生首乌20g、草决明15g、火麻仁15g、藿香10g、茵陈20g、鸡内金4g。3剂，水煎服。煎成鼻饲。1剂而热降至39℃，再剂热降至37.8℃，3剂体温至正常，人清醒而大小便已畅通，知饥索食。复诊易方调理，解除特护而安。

此例疑难急症的特点是，既具有湿遏热症候，又具有阴虚血热体征，既有冠心病心前区痛，又有前列腺炎排尿困难，对此疑难急症，病变多而证型杂，老师首先针对主要矛盾——"湿遏热伏"的高热不退，重视个体差异，其震颤麻痹有多年病史则采取存而不论。故以太子参、沙参、丹参以养其气阴；远志、枣仁宁其心志；灵脂、蒲黄通其瘀阻；生地、白芍、牛角凉血清营；生首乌、草决明、火麻仁润肠通便，启下行之路；重用藿香、茵陈、鸡内金芳香渗利以化其湿浊，湿化则热自除。其组方按《伤寒论》麻黄升麻汤原理，多角度、多层次调节用药，使与本证有相关因素的次要矛盾，亦迎刃而解。

察临界证，掌握病机发展趋势

如果说真正的急症应是抢救"三衰"(急性循环功能衰竭、急性呼吸功能衰竭和急性肾功能衰竭)，这实际是包括在多发病、常见病的范围之内，"按履霜冰至"的道理，绝不可能脱离其它疾病而出现"三衰"。所以老师主张中医急症不仅要抢救危重病人，更要研究出退高热、止血、止痛、平喘、解痉、抗惊厥、开闭、救脱等防患于未然的高效手段，从而早期控制"三衰"。故对急症的诊疗，特别是疑难急症的治疗，老师的又一个突出的学术观点是"察临界证，掌握病机发展趋势"，这其实是"未病先防，既病防变"的预防医学思想在急症诊疗中的灵活运用。如在醴陵兰桥治疗10例蚕豆黄小儿患者(男15人，女3人)，在邀中医治疗前3天内已死5人。共同的临床表现是：黄疸显著，眼睑、唇、舌俱淡，尿血如苋菜汁，精神疲乏，声低气馁。老师先以红参、龙眼肉蒸汤分服，以防止机能衰竭，此即所谓"治病必须治人"。继而采取《金匮要略·黄疸篇》的猪膏发煎，即用乱发涤净，入铜瓢内熬化成水，以驴胶代猪膏等分烊化和匀，加入少量白糖分饲患者，2方交替使用。3日血尿止，5日尿增长，黄疸开始消退。辨证：舌红、烦啼者犀角地黄汤；舌淡嗜卧者归脾汤。检查血色素回升，1月渐复，无1例死亡。考《金匮要略》："诸黄，猪膏发煎主之。"沈明宗云："此黄疸血分通治之方"。原方用猪膏，其作用在润燥滑窍，方中驴胶既具猪膏之功，又能养血滋阴，且"精不足者补之以味"。配合消瘀利水之乱发，共凑止血之功。但老师认为："关键仍在于使用参汤保护了心力，维持了血压，从而预防了衰竭的出现"。

然而临床疑难危急证候瞬息万变，怎样才能预防危急证候的出现？老师的经验是："掌握疾病的前沿状态和临界证，抓住病机发展趋势，采取相应预防措施"，这是关键。如晚期血吸虫病肝硬化腹水病，食道静脉曲张破裂大呕血是一种急证候，但老师认为："如果摸索出大呕血的前沿状态和临界证，采取预防措施，出血是可以避免的。"它的"前沿状态"是什么？老师根据自己的临床经验总结出：①有一定的信息量，但不足以确诊为何种证，如内在的食道静脉曲张，必然会有外在的腹壁静脉曲张；②若再出现佐证信息，症即形成，如患者近日多吃辛辣刺激之品，或情绪激动或感冒发热；③有病情的动态变化，如胃脘灼热，烦躁不安；④与边缘证有交叉关系，如腹胀更甚，舌下静脉怒张等。这就是"山雨欲来风满楼"的前沿预兆。孙子云："知彼知己，百战不殆"。抓住了肝硬化腹水大呕血的前沿状态，就可以采取相应的预防措施和抢救措施。老师的经验，是马上采取利尿消胀的"釜底抽薪"措施，则疏导得宜，堤防可固。如已出现脉细数（是血离经而心力弱的反映），其人愠愠欲吐，则食道静脉已经破裂，血液流入胃中，胃满则倾囊而作呕吐，量在500－1000毫升左右，因为血在胃中逗留，吐出是黑色凝块。急救时可藉注射葡萄糖的针头抢住输液、输血的血管，避免血出过多。然后采用《本草纲目》飞罗面粉止血原理，用预制的白芨、淮山药、蛤粉炒鱼鳔珠、猪血浸透丝绵炒炭、蒲黄炭、田三七，研极细过120目筛，凉开水调如糊状小量呷服（制剂与服法是有效的关键）。在出血刚止时，西医主张禁食，恐食入影响出血点的血痂形成；中医不主张绝对禁食，恐因饥饿感引起胃气上逆而呕吐。老师的经验是，安卧、禁食24小时后，渐进流汁，可收到两全之效。所以老师认为防患于未然，捕捉急症苗头，在未形成急症之前，以防微杜渐为上策。没有预见性的处理手段，则会着着被动失败，大出血如此，抢救"三衰"也是如此。这充分反映了老师临危制变的特点，这种抢救疑难危急病证的战略思路，值得我们进一步研究。

（刘光宪）

李今庸　　水肿病治疗提要

水肿病既是一个常见病多发病，也是一个大病难病。我国劳动人民早就对其有所认识，并采用了相应的治疗措施。《山海经》中记载了多种治疗该病的药物；《内经》在论述本病病因病机的同时，提出了"平治于权衡"的治疗原则，及"开鬼门，洁净府"、"针刺"、"放血"等具体治疗方法；后汉张仲景在其所著的《伤寒杂病论》中，对本病作了进一步地阐述，并提出了丰富多采的治疗方法，使《内经》的理论更加具体化。老师学验俱丰，在总结前人经验的基础上，结合临床实践，自己形成一套比较完备的辨证论治体系，证之临床，疗效卓著。

发汗消肿法

发汗消肿法，《内经》称之为"开鬼门"。张仲景说："腰以上肿，当发汗乃愈。"所以这种治疗方法，主要用于身体上半部肿，或先上半部肿而后肿及全身，并兼见恶寒（恶风）、发热等表证。在临床上，又当根据不同病人的具体情况，选用恰当的发汗方法。

1. 辛凉发汗：风邪外伤皮毛，水邪阻滞肌腠，郁滞化热。症见肢体浮肿，恶寒发热，骨节疼痛，自汗出，口渴欲饮，小便黄赤，脉浮大或数。用越婢加术汤加减。辛凉发表，疏风清热泄邪，兼以培土制水。药用：麻黄 10g，石膏 20g，生姜 10g，甘草 10g，大枣 4 枚，焦白术 12g。先水煎麻黄，去上沫，再下其余各药煎服。若兼有咳嗽，加法半夏 10g，降逆止咳。

验案：某某，男，57 岁。发病 10 余日就诊。面部浮肿，两目微肿如卧蚕，小便黄赤，微怕冷，发热，头痛，腰疼，鼻塞，流清涕，口渴欲饮，心下硬满，按之不舒，然不碍饮食，心悸，微咳，脉浮。拟越婢加半夏汤。麻黄 10g，石膏 20g，炙甘草 10g，大枣 3 枚，生姜 10g，法半夏 12g。水煎服。服药 3 剂，怕冷，鼻塞，流清涕及咳嗽均消失；浮肿，小便黄赤好转，惟大便带黄色粘液。原方去法半夏，加焦白术 6g，炒枳实 10g，黄芩 10g。水煎服。又服 3 剂，诸症悉退。

2. 辛温发汗：风水相激，郁于肌腠，肺失宣降。症见肢体浮肿，恶寒无汗，脉浮。可拟香苏饮加减。发汗、解表、消肿。药用：香附 10g，紫苏 10g，陈皮 8g，甘草 6g，葱白 6g，生姜 6g。水煎服数沸，去渣，不拘时服。若症见四肢浮肿，发热恶寒，全身疼痛，无汗，脉浮而兼烦躁者，拟大青龙汤加减。辛温发汗，消肿除烦。麻黄 10g，桂枝 6g，炙甘草 6g，杏仁 10g，生姜 10g，大枣 4 枚，石膏 20g。以水先煎麻黄，去上沫，再下其余各药煎服。

验案：某某，男，45 岁。发病后 4 天就诊。发病时，左大腿内侧生一小疖，红肿疼痛，继而出现浮肿，经小便等化验检查，诊断为急性肾炎。来诊时症见面部浮肿，恶风，微烧，无汗，口不渴，小便短少而色清，苔白，脉浮。治以香苏饮加味。制香附 10g，紫苏 10g，陈皮 8g，甘草 8g，生姜 6g，葱白 6g，麻黄 6g。服药 3 剂，症除肿消，小便化验检查尿蛋白消失。嘱其注意避风寒，继续服药。

3. 助阳发汗：风寒外束，水邪内停，正阳不足。症见肢体浮肿，骨节疼痛，汗出，恶风，脉沉。拟麻黄加附子汤加减。助阳发汗消肿。药用：麻黄 10g，制附子 10g，炙甘草 6g。先以水煎麻黄，去上沫，再下其余各药煎服。

利尿消肿法

利尿消肿法，《内经》称之为“洁净府”。张仲景说：“腰以下肿，当利小便”。所以这种治疗方法主要用于身体下半部水肿偏重，或水肿先见于身体下半部，而后肿及全身。临床上应根据不同病人的具体情况，采用适当的利尿方法。

1. 化气利尿：“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣”。水结膀胱，气化不利。症见肢体浮肿，小便不利，恶寒发热，汗出而渴，脉浮。以五苓散加减。化气利水。药用：桂枝 10g，焦白术 12g，茯苓 12g，泽泻 20g，猪苓 12g。共研细末，开水冲服，或水煎服。

验案：某某，男，63 岁。就诊时症见全身浮肿，下肢尤甚，阴囊亦肿，微咳，腹部胀满，饭后加重，拒按，肠鸣，小便短少色黄，舌苔白，脉弦。拟五苓散加减。桂枝 10g，焦术 10g，茯苓 12g，猪苓 12g，泽泻 12g，厚朴 12g，陈皮 12g，苍术 6g，槟榔 12g，干姜 6g。服药 11 剂诸症消退，惟感两腿酸软无力，微咳有痰，纳差。改服六君子汤，服药 2 剂，病人又感腹部胀满，下肢浮肿，小便不利。继在第一方的基础上加莱菔子 12g，法半夏 10g，又服六剂而缓解。

2. 温阳利尿：“肾者，胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。”水邪壅盛，肾阳郁阻，但关不开，聚水为肿。症见肢体浮肿，四肢厥冷，小便不利，小腹胀满，脉沉。拟真武汤加减。温阳利尿消肿。药用：制附片 10g，茯苓 10g，焦术 10g，生姜 10g，白芍 10g。水煎服。

验案：某某，女，7 岁。就诊时症见全身浮肿，腹满，按之柔软，大便时溏，小便短少色黄，手足冷，口不渴，偶欲热饮，食欲差，舌苔白润，脉沉迟。制附片 6g，茯苓 8g，焦白术 8g，生姜 6g，炙甘草 6g。服 2 剂后病情好转。

3. 甘寒利尿：水热结滞，壅遏膀胱，尿道阻滞。症见肢体浮肿，小便不利，或滴沥涩痛，口干渴，脉沉，自拟经验方。甘寒利尿消肿。药用：冬瓜皮 20g，芦根 10g，茅根 15g，石苇 10g，苡仁米 15g，滑石 15g，前仁 10g，灯心(或通草)10g，西瓜翠衣 10g。水煎服。

验案：某某，男，18 岁。就诊时症见肢体浮肿，尤以下肢为甚，微热，口渴，小便色黄而短少，苔薄黄，舌质有少许裂纹，脉数。冬瓜皮 20g，芦根 15g，滑石 10g，茅根 15g，石苇 10g，苡米 15g，车前子 10g，通草 10g。服 4 剂后诸症减轻。

4. 苦寒利尿：夏月伤冷水，水行皮中，暑热内壅。症见肢体肿重，小便短少色黄，口渴，舌红，脉数。拟一物瓜蒂汤。苦寒利尿消肿。

瓜蒂(甜瓜蒂或丝瓜蒂均可)20 枚。水煎服。

逐水消肿法

水邪壅盛，凝聚于内，三焦不通，气化受阻。症见腹部肿大如鼓，肢体浮肿，小便不利，脉沉。拟十枣汤加减。峻下逐水消肿。药用芫花(炒)、甘遂、大戟各等分。共研细末备用。用时取 10 枚肥大枣擘开，煎水去渣，加药末 2g 调服。本药只宜早晨服。服药后若大小便仍不通，第 2 天再服。本方药物性味多峻猛，非病实体壮者不可用。或将药末用枣肉捣和为丸用；或将药末用醋调成糊状，敷于小腹部，则更为安全。

泻肺消肿法

肺为水之上源，立肃降而通调水道，水邪壅肺，上源受阻，肃降失职，水道不通。症见肢体浮肿，胸部胀满，咳嗽、喘息。拟葶苈大枣泻肺汤加减。泻肺消肿。

葶苈(炒、捣碎)15g，大枣 4 枚，先用水煮大枣，去渣，再加葶苈煎煮，去渣，顿服。

验案：某某，女，17岁。就诊时症见全身浮肿，恶寒发热，咳嗽气粗，小便短少色黄，苔白，脉浮，血压高。西医诊为急性肾炎。收住院治疗。先投以小青龙汤1剂，寒热退而余症不减。后改为利水药加"降血压中药"，服药数10剂诸症仍依然如故。后用葶苈大枣泻肺汤，在原利水药中加炒葶苈10g，1服小便如涌，继服诸症悉退。

祛瘀消肿法

血瘀气滞，疏泄失权，气化不利，久而化热。症见肢体浮肿，小便不利，口渴；妇女月经不利，脉沉涩。拟蒲灰散加味或小调经汤加减。活血祛瘀，利水消肿。蒲灰散方：蒲灰10g，滑石5g。共研细末，水冲服，1日3次。小调经汤方：当归10g，赤芍10g，制没药6g，琥珀6g，桂枝6g，细辛3g，麝香1g。水煎服，1日3次。

开结消肿法

阴寒之气郁结不解，气化不行，水道不通。症见肢体浮肿，厥冷，腹满，心痞阻，肠鸣，或身冷骨痛，或恶寒，或麻痹不仁，脉沉。拟桂甘姜枣辛麻附子汤加减。转运大气，开结消肿。药用：桂枝10g，生姜10g，炙甘草6g，大枣4枚，麻黄6g，细辛6g，制附子10g。水煎服，1日3次。

除上所述外，临床上尚有"虚肿"和"风肿"。虽都表现为肿，但其病因病机和水肿病大相径庭，当注意加以鉴别。

（袁思芳）

高辉远　　治疗温热病学术经验初探

高辉远老师，精研医籍，博览群书，私淑仲景，效法叶吴，师承蒲氏，广益众智，临床实践五十余载，对温热病的治疗有诸多独到精辟见解，临证佳案，屡见迭出。兹将高师治疗温热病的学术经验，略作初探。

掌握时机，早治急治

温热病，变化最速，证热重笃，病程较短。大多医家遵循叶天士“在卫汗之可也，到气才可清气，入营犹可透热转气，……入血就恐耗血动血，直须活血散血”的法则。对此，高师认为，叶氏所论虽然有理，但若因循执泥，则未免有失治病之机；毫厘之失，祸即旋踵。故高师主张温热病初起表邪较著而无里热之征象者，当以清透为法则，不可投清解苦寒之品。所谓“透”不独专于发汗，实启门驱贼之计也。透能开通闭郁，使邪从肌肤而外出，不致入里，若祛之不速则留生他变。高师临证常用豆豉、薄荷、桑叶、菊花、牛蒡子、银花、连翘等辛凉气轻味薄之品，以轻清透达，引邪外出。若表邪不著而见口干苦，苔薄黄者，为病邪已有转气分之象，则合入清气泄热之剂以截断其传变，方投麻杏石甘汤、薄杏石甘汤、白虎汤之类。若气分热甚，高热不退，又具心烦不寐，舌质红绛者，则说明病邪又有传入营血之势，又宜在清气泄热之中，佐以赤芍、元参、生地、竹叶等清营凉血之品，以防气分邪热进一步深入。高师谓，温热病的治疗，关键在于正确辨证，巧施截断，尽早驱邪外出，不可优柔寡断，贻误时机，失治误治。

小儿病毒性肺炎验案王某，男，3岁。因连日旅途在火车上受热并感寒，发热12小时而住院，遂邀高师会诊。症见高热，体温39.7℃，烦躁，妄语若狂，面赤额汗，身无汗，腹满不实，气喘息促，舌苔白腻微黄，脉浮数。高师断为内热外寒，肺气郁闭。急以辛凉透表，速开肺闭之麻杏石甘汤加味：麻黄、莱菔子各5g，杏仁、僵蚕各6g，生石膏15g（先煎），甘草、桔梗各3g，前胡4g。只服1剂，体温正常，诸证若失，继调和肺胃又服2剂而获愈。

高师认为温热之邪，以外出为顺，内陷为逆。此案实为内热外寒，肺气郁闭之冬温重症。其发病快，症势险，若失之宣透，则邪有内陷之虑，若徒投苦寒折热必冰伏其邪。因此急以辛凉透表，速开肺闭，以快速截邪于肺卫这表，防止进一步逆变是当务之急。高师辨证准确，切中病机，用药果断，投一剂寒解热退，诸症皆平。可见：“早期治疗，顿挫温热，一举成功”，确是治疗温热病之守则。

温热兼夹，圆机活法

所谓兼夹，就是“素无其证，与温邪合病谓之兼；素有其证，与温邪并病谓之夹。”高师认为，在温热病过程中，往往伴有其它兼夹证候，如痰浊、水饮、食滞、瘀血等。这些有形之邪虽不是温热之本，但若两者互结，不仅闭塞了温热之邪的出路，还会助长热势，胶结难解。所以必须审时度热，辨析判明，以治温热为主，兼顾其兼夹，掌握尺度，圆机活法，常易获捷效。他认为，治疗兼夹证，不必拘泥于仲景提出的“先表后里，先新病后痼疾”的法则。临证中凡确认有兼夹证存在者，则可同时治疗兼夹

证。如兼瘀血者，可见舌暗或舌下瘀点、皮肤红斑等症，高师多伍以赤芍、丹参、生地、丹皮等凉血活血化瘀之品；若兼食滞者，常有纳呆、吞酸、嗳气、脘胀、苔白厚腻等，治宜酌加建曲、蔻仁、莱菔子、枳实等和胃消食化滞之药；若兼痰湿者，证兼胸脘痞闷，恶心呕吐，头眩腹胀，舌苔粘滑等，常选用法夏、茯苓、竹茹、陈皮、浙贝、枳壳等，以加强行气化湿除痰之功。高师指出，兼夹虽多，但用药各得其所，用主方治疗同时，巧施佐使药，解决兼夹证，临床每多奏效。

胃肠型感冒验案　张某，男，20岁。时值大暑，已住院3天，曾用阿斯匹林及抗菌素等无效。高师会诊时仍鼻塞高热，体温40℃，发热以头部及躯干为显，四肢发凉；食纳不佳，腹微满；便溏，日2－3次，有不消化食物；口干不思饮，饮水则恶心欲吐；小便黄；舌质淡红、苔薄白中稍厚；脉沉数。高师辨析为暑湿夹食。治宜清暑化湿，兼以消食和胃用藿香正气散加减：藿香、香薷、苏叶、法夏、炒麦芽、建曲、六一散各10g，陈皮8g，厚朴6g，苡仁15g，生姜3片，大枣5枚。只服3剂则热退汗出，食欲转佳，思饮，大便稍溏，小便正常，舌正苔退，脉沉微滑。又续服健脾化湿之品3剂，诸证消失而复常。

本案为暑湿兼夹食滞，郁阻中焦，脾胃升降失司之候。此时若投辛凉苦寒强清其热，必使胃阳受伤，暑湿难解，食滞难消。高师判明主因，辨析兼夹。主以清暑化湿，佐以消食和胃之法，外解暑湿，内消食滞，调畅枢机，使脾胃升降功能复其常，诸证悉除。可见治疗温热病虽以本病为主，又当视其兼夹，圆机活法，巧施佐使，万万不可等闲视之。

勿见热清热　滥施苦寒

高师认为，“热者寒之”虽是温热病治疗的最基本原则，但一见温热即谓之有“炎症”，应用大剂苦寒清热解毒，已为临床实践证明是行不通的。高师根据病位深浅，病邪的性质，病情的轻重，病势的进退，随证灵活施治。如病在卫分，只用辛凉轻剂或平剂，则热随表解。因卫分证病轻邪浅，若用苦寒滋腻，可使气机涩滞，邪不得外透。热入气分，则法用甘凉，里热结实，方可苦寒撤热。热入营分，虽病邪已深，病情亦重，始仍用甘寒清营，旨在由营透气，不可苦寒太过阻遏外出之机。直到热伤血分，阴伤精耗，才宜凉血清热养阴。高师强调，凡治温热病“以寒治热”，若应用苦寒太早、太过，则反增寒凝之弊，甚至热病转寒中；更不能大剂苦寒滥使妄用，以致热邪因冰伏而内闭，延误时间，变生他证。

乙脑验案　朱某，男，29岁。住某医院已1周，曾进大剂辛凉苦寒及犀、羚、牛黄、至宝之品。高师会诊时，仍高热不退，四肢微厥，神识时昏蒙，口不能言；胸腹濡满，大便稀溏，随矢气流出，尿不利，头汗出，漱水不欲咽，口唇燥，板齿干；舌质淡红，苔白；脉寸、尺弱，关弦缓。高师明析湿温过用苦寒，虚实互见，邪陷中焦，中阳失运，不能达邪出表。应急予辛通苦降，扶助正气。以人参泻心汤加减：人参、法夏各9g，干姜6g，黄连、黄芩各4.5g，白芍12g。服后全身汗出，热退尿多利止，腹满减。但此时邪热虽去，正气大伤，现筋惕肉瞤，肢厥汗出，脉微欲绝，有阳脱之危。急以生脉散加味：台党参10g，麦冬15g，五味子、熟川附子各6g，生龙骨(打)25g，生牡蛎(打)18g。浓煎徐服，不拘时。药后肢厥渐回，神识渐清，汗出减，舌齿转润，脉搏徐复，阳回阴生。后又以三才汤加杏仁、阿胶、石斛养阴益胃，兼清余热。数剂后痊愈出院。

此案为前医不辨，见热则妄投苦寒折其热，寒凉太过，中阳被伤，故出现大便稀溏，随矢气流出，热邪被迫，格拒中焦则四肢微厥，胸腹濡满，漱水不欲咽等证，病势危重。高师救治及时，先取泻心法，辛通苦降；中阳一转，热湿顿解，而大虚之候尽露；遂急予回阳固阴，使微阳渐复，正气始安；后又养阴益胃，以竟全功，病终得瘳。本案病势危笃，跌宕多姿，其波澜起伏救治过程，可见应用苦寒太过之不良后果；又足征高师认证精准，遣方使药揆合法度，化险为夷，完全治愈，实为启人心扉之佳案。

温热伤阴耗气　防护其虚

温热伤阳邪，“阳胜则阴病”。伤阴是必然的结果。诚如叶天士所云：“热邪乃燥胃津，必耗肾液。”吴鞠通也谓：“温为阳邪，……最善发泄，阳盛必伤阴”。蒲老亦说：“温热病未有不灼伤津液的，”“防其伤阴为温病之第一要义”。正因为温邪有此基本特性，所以决定了保津养阴法则在温热病治疗上的重要地位。然高师认为，温热病固然以伤阴耗液为主要矛盾，但阴阳互根，阴虚可以及阳，导致阴阳俱亏，气液两衰者也屡见不鲜。高师意见，此时不可专持养阴滋液，应于滋阴药中加入益气之品，取“阳生阴长”之义。故他临证常以人参白虎汤、王氏清暑益气汤、沙参麦冬汤、三才汤等，随机化裁，以达益气养阴，防护其虚之目的。高师还主张温热病后期恢复阶段，往往余热未尽，气阴未复，加之胃气未醒，脾运不良，此时更宜于益气养阴，不可纯投滋腻，以免碍胃留邪之弊。这种注重益气生津，阳能生阴，待其自化以恢复生机的思想，是高师治疗温热病的一大特色。

重症迁延性肺炎伴三度营养不良、贫血验案　张某，女，1岁。住院病人。虽已用多种抗生素1月余，多次输血，但病情日益加重。高师会诊时证见形瘦神呆，久热不退，喉间有痰，褥疮形成，肺仍大片实化不消，白细胞 3.8×109/L，舌无苔，脉短涩。高师认为气阴枯竭，不能荣润五脏、筋骨、肌肤，以致元气虚怯，营血消烁之危证。治宜甘温咸润益气生津之法。急投三甲复脉汤加减：党参、炙甘草、阿胶、白芍、生龙骨各 9g，生地、生牡蛎、炙鳖甲各 12g，制龟版 25g，远志肉 4.5g。浓煎 3000ml，鸡子黄 1 枚另化冲，童便 1 小杯先服，1 剂分两日服。连服三周后去童便、生地，加大枣 3 枚，浮小麦 9g。两周后因痰多，再加胆星 3g，天竺黄 6g。药后 1 周，褥疮消失，皮肤滋润；药后 2 周，不规则发热消失；1 月半后，肌肉渐丰满，体重显著增加，咳促和肺部大片实化逐渐消失，食欲转佳，由精神萎靡转为能笑，能坐，能玩。共住院 3 月余而愈。

观上案乃温病日久，温邪损伤元气、肝血、肾精，而致气阴耗损，已成枯竭，虚热内生，邪少虚多之危候。此时若攻其邪必伤其正，苦固执养阴，定灭其阳火。故高师以“阳不足者温之以气，阴不足者补之以味”的原则，复其欲竭之气阴，而使阴复气生。投以三甲复脉汤化裁，共调治 3 月后气液始充，形神始复。高师匠心独运，临重病无畏惧而设法拯救，当补则补，调和阴阳，收效甚显，是为起危殆疑难大证之又一佳案。

（于有山）

焦树德　尪痹三悟

尪痹之名，乃焦树德教授根据《黄帝内经》、《金匮要略》、《医学入门》、《医学统旨》等有关论述，经过多年的反复推敲而创立的。系遵仲景先师《金匮要略·历节篇》"诸肢节疼痛，其人尪羸"之意，把关节变形，骨质受损，筋缩肉卷，脊背弯曲，几成废人的痹病，称为尪痹，以别于其它痹证。颇具鲜明的中医学特色。老师将精深研究祖国医学理、法、方、药之所得，与数十年来积累的丰富的临床经验有机地结合，制订了"补肾祛寒治尪汤"。1983年中医内科学会痹证专业委员会采用此方研制出了"尪痹冲剂"。其二代产品为国家"85"攻关课题，第三代产品为国家中医管理局科研课题正在进行中。

悟尪痹之名义

"尪"字与"尫"、"尩"、"尣"通。字本"尢"而成。《辞海》中引《说文·尢部》段玉裁注："尢本曲胫之称，引申文为曲脊之称，故人部偻下曰尪也。"《辞源》中亦注解说："骨骼弯曲症，胫、背、胸弯曲都叫尪。"究其意系指胫曲不能伸，关节肢体弯曲变形，骨质受损，身体羸弱之废疾而言，正如仲景先师在《金匮要略》中所说："诸肢节疼痛，身体尪羸"之意。"痹"即《素问·痹论》中所述"风寒湿三气杂至合而为痹"的痹病。在古医书中对于关节变形的痹证也曾有不少记载。例如《素问·痹论》中说："肾痹者，善胀，尻以代踵，脊以代头"。《素问·逆调论》中说："肾者，水也，而生于骨，骨不生则髓不能满，故寒甚至骨也。……病名曰肾痹，是人当挛节也"。《素问·气穴论》说："积寒留舍，荣卫不居，卷肉缩筋，肋肘不得伸，内为骨痹，外为不仁"。《金匮要略·中风历节篇》说："诸肢节疼痛，身体尪羸，脚肿如脱……"。《三因极一病证方论》谈历节时说："久不治令人骨节蹉跌"。《医学统旨》中说："肘膝肿痛，臂胻细小，名鹤膝风，以其象鹤膝之形而名之也。或止有两膝肿大，皮肤拘挛，不能屈伸，骨行腿枯细，俗谓之鼓槌风，要皆不过风寒湿之流注而作病也"。于《医学入门》中亦说："骨节痛极，久则手足蜷挛……甚则身体块瘰"。

可见古代医家也已认识到在痹证中尚有区别于行痹、痛痹、着痹之令人致残的这种废疾。但诸医家各持己见，各立其名，有的称骨痹、肾痹，有的称历节，白虎历节，也有的称顽痹、鹤膝风、骨槌风等等。总之缺乏系统深入地论述和统一的名称，老师在学习、继承前入各种论述的基础上，参考近代文献，结合多年的临床体会，对痹病的病因、证候、脉诊、治法，以及方药的加减变化，进行了归纳整理，在１９８１年１２月于武汉召开的"中华全国中医学会内科学会成立暨首届学术交流会"上，提出了"尪痹"病名。从而补充了《内经·痹论》中仅有行痹、痛痹、著痹、热痹(痹热)不同分类的不足，使祖国医学的痹证理论又有所发展，而渐趋完善。

从临床实践来看，尪痹不但包括了类风湿性关节炎，强直性脊柱炎，而且也可以包括现代医学中其它一些有关节疼痛变形、骨质受损的疾病，如大骨节病，结核性关节炎，氟骨病等。但其中以类

风湿性关节炎最为多见。

悟尪痹之病因病机

尪痹乃痹病之一，其与痹病具有共同的病因病机，即“风寒湿三气杂至合而为痹也”。这一病因病机为历代医家所公认。然而老师对“合而为痹”之“合”字却有独到见解。他认为此“合”字除说明风寒湿三邪相互错杂而至，可使人致痹外，还有以下三种含义。

1．痹病不仅是风寒湿三气杂至合一侵人而为痹，而且三气杂至还要与皮、肉、筋、骨、血脉、脏腑的形气相“合”才能为痹，正因为有各种不同的“合”，故而形成了各种不同的“痹”。如合于皮者为皮痹；合于肉者为肉痹（肌痹）；合于筋者为筋痹；合于心者为心痹；合于肝者为肝痹……。总之，不能与风寒湿三气杂至相合者，则不能为痹。

2．风寒湿三气杂至不但可与皮、肉、筋、骨、血脉、脏腑之形气相合而为痹，并且还因与不同季节各脏所主之不同的时气相“合”而为不同的痹。如春季感受风寒湿三邪，则容易与肝所主之春气相合而发为筋痹；冬季感受风寒湿三邪，则容易与肾所主之冬气相合而发为骨痹等等。

3．“合”字还有内舍于五脏之“合”的意思。若筋痹、脉痹、肉痹、皮痹、骨痹病久不愈，复感受三邪则内舍于所合之脏而成肝痹、心痹、脾痹、肺痹、肾痹之疾。老师对“合”深刻、全面的理解，对于他创建“尪痹”病名和分析其病因病机，以及寻找出本病发生、发展、转归、治疗的特点，奠定了理论基础，发挥了整体观和动变制化思想的特长。

老师认为尪痹之所以能致“尪”，是因为它除具备“风寒湿三气杂至合而为痹”的总病机外，还具有与其他痹病不同的特点：①寒湿之邪深侵入肾。由于先天禀赋不足或后天失养，房事过度以及妇女月经病，产后等而致肾虚。肾为寒水之经，如三邪入侵寒湿偏盛，寒湿之邪与肾同气相感，则易乘虚深袭，入肾入骨，痹阻经络，血气不行，关节闭涩，肾不荣肝，筋乏淖泽，筋骨失养，渐致筋挛骨松，关节变形不得屈伸，终成废疾；②冬季受邪，寒湿入肾。肾气壬于冬，寒为冬季主气，冬季感受三邪，肾先应之，寒邪与肾，同气相应，邪气伤肾入骨，致骨重不举，酸削疼痛，久而关节肢体变形，渐成尪羸难愈之疾；③痹病久而不愈，复感三邪，恰值冬春寒冷之时，寒湿偏颇，寒风气盛，挟湿深侵，内舍所合之肾肝二脏，肾主骨，肝主筋，肝肾固源，互为影响，筋骨同病，渐致筋挛骨松，关节变形，脊柱伛偻，其人尪羸，难以行走。由此可见尪痹的发病特点主要是三邪深侵入肾，肾主骨，故发生骨质受损，关节变形。三邪未侵人肾者，虽久痹不愈也不会产生骨质受损变形。所以尪痹的发病机理要比风、寒、湿、热诸痹更为复杂，病邪更为深人，症状更为严重。并波及于肝、脾致骨损筋挛肉削，且病程长，寒湿、贼风、痰浊、瘀血互为交结，凝聚不散，而加剧病情。

经过长期的临床观察，医家们发现属于中医“尪痹”范畴的强直性脊柱炎的患者，以青年男性为多，而类风湿性关节炎的发病则以女性为多见。国内外资料也均有同样统计与记载，但其原理，多未阐述。老师用祖国医学的理论对此进行了探讨与解释，认为尪痹发病之关键在于风寒湿邪深侵入肾伤骨，而女性具有月经、白带、崩漏、孕胎、生产等特点，此皆与肾、肝、冲任二脉相关。经、带、崩漏、胎产皆可伤肾，所以三邪乘虚而入的机会比男子多，况且女性属阴，肾脏属阴，寒湿之邪亦属阴，同气相求，则易发病。故临床中属于尪痹范围的类风湿性关节炎女性发病率高于男子。督脉督一身之阳，在腰部与肾相连，年轻男性常常过劳伤肾，或房劳伤肾，波及督脉，督阳受损，男性属阳，同气相感，督脉伤而脊强直，因而强直性脊柱炎的发病率以年轻男性为高。此解释在今天虽然尚无实验依据，但却为今后的研究提供新的思路。

悟尪痹辨证论治的规律性

尪痹是一种具有特定病机，独立证候的疾病，因而在临床治疗和用药方面，亦具有特殊的规律性。

1. 临床证候的规律性：尪痹除具有风寒湿痹所共有的症状：关节疼痛、肿胀、沉重及游走窜痛等外，还具有病程长，疼痛剧烈，痛发骨内，骨质受损，关节变形，僵直蜷挛，屈伸不能。因病邪深侵，久病入血，血属阴，寒湿之邪亦属阴，故本病多在夜间疼痛剧烈。临床上多见沉弦，弦滑，沉弦滑等脉象，弦主痛。鉴于肾虚为本，故有70%左右的痹证患者，表现出尺脉弱小。老师根据多年的临床观察，通过多次分析总结，归纳出尪痹常见的三种证候。其中最常见的为肾虚寒盛证：其特点是喜暖畏寒，易疲倦不耐作劳，腰膝酸软或腰腿疼痛，晨起关节僵直感，舌苔白，脉多沉细带弦，尺脉多弱。肾虚标热轻证：其特点为自觉夜间关节痛重时，将患处放到被外则疼痛减轻，然而久则痛反加重，手足心时感发热，痛剧关节或微有发热感，但皮肤不红，倦怠乏力，口干便涩，舌质微红，舌苔微黄，脉沉弦细略数。此证常在阳气渐复，邪气欲将化热之势时见之。虽比第一种证候较为少见，但比下述的证候要多见。肾虚标热重证：其特点为关节疼痛而有热感，局部皮肤稍发热、发红，喜将患处放于被外，但放久受凉后疼痛加重。伴口干咽燥，五心烦热，小便黄，大便干，舌质红，苔黄厚而腻，脉滑数或弦滑数，然此证又有别于热痹。此证在邪气郁久化热，或久服助阳药后，阳气骤旺，邪气从阳化热时可见，但北方较少见。

2. 治疗原则的规律性：老师拟定尪痹的治疗原则，以补肾祛寒为主，辅以化湿散风，养肝荣筋，活瘀通络。他认为肝肾同源，补肾即能养肝、荣筋；祛寒、化湿、散风促使风寒湿三气之邪外出；活瘀通络又可达被祛瘀生新之目的。若出现邪欲化热之势则需减少燥热之品，加用苦坚清润之品；若见化热之证，则需暂投补肾清热法，待标热得清后，再以补肾祛寒之法治其本。另外，还要注意调护脾胃以保后天之本。

3. 处方用药的规律性：根据治疗原则的精神，老师拟定了三个处方以供临床辨证选用。

①补肾祛寒治尪汤。适用于肾虚寒盛证。本方以《金匮要略》桂枝芍药知母汤合《和剂局方》虎骨散加减化裁而成。方中以川断12—20g，补骨脂9—12g，熟地黄12—24g，制附片6—12g。补肾祛寒，填精补血，滋养肝肾，强壮筋骨为主药；以骨碎补10—20g，淫羊藿9—12g，炙虎骨9—12g(另煎兑入)，白芍9—12g，桂枝9—15g，独活10—12g，威灵仙12—15g。助肾阳，壮筋骨，散风寒，通经络，缓急舒筋为辅药；以防风10g，麻黄3—6g，苍术6—10g，知母9—12g，炙山甲6—9g，伸筋草30g，赤芍9—12g，松节15g，地鳖虫6—10g。散风寒，祛湿浊，活血化瘀，通经散结，舒筋活络，滋肾清热为佐药；更以牛膝12—18g强筋骨，散瘀血，引药入肾、肝为使药。

如上肢病重者，去牛膝加片姜黄9—10g，羌活9—10g；瘀血明显者，加血竭0.7—0.9g(分冲)，或加活血止痛散1/3管冲服，或加制乳香、没药、皂刺各6g，或加红花10g，或加苏木15—20g；腰腿痛明显者；去松节、苍术，加桑寄生30g，并加重川断、补骨脂用量，且随汤药嚼服炙胡桃肉1—2枚；肢体关节蜷挛僵屈者，去苍术、防风、松节，加生苡米30—40g，木瓜9—12g，白僵蚕10g；脊柱僵弯者，去牛膝、苍术，加金毛狗脊20—40g，白僵蚕6—12g，鹿角胶9g(烊化)；关节疼重者，加重附片用量(15g以上需先煎20分钟)，并加草乌6—9g，七厘散1/3管随药冲服；舌苔白腻者，去熟地加砂仁3—5g，或加藿香10g；脾虚不运、脘胀、纳呆者，去熟地加陈皮、焦麦芽、焦神曲各10g，或加千年健12—15g；有低热或关节发热者，减少桂枝、附子用量，去淫羊藿、苍术，加黄柏10—12g(须黄酒浸3—4小时。效朱丹溪"潜行散"之意)，加地骨皮10—12g，或知母加至12—20g，或加秦艽15—30g。

②加减补肾治尪汤。适用于肾虚标热轻证。肾虚寒盛证经过治疗与休养后阳气渐振，余邪有化热之势，出现肾虚标热轻证。此时要在补肾祛寒治尪汤中减去温燥之品，减制附片为3—5g，桂枝为6—9g，麻黄为2g，若汗多者可以去掉；去熟地、淫羊藿、苍术、防风，松节；加入苦以坚肾，活络疏清之品，生地15—20g，酒浸黄柏12g，忍冬藤15—30g，络石藤20—30g，红花9—10g，桑寄生30g，生苡米30g。方中仍保留川断、补骨脂、骨碎补、知母、赤白芍、独活、威灵仙、炙山甲、地鳖虫、伸筋草等补肾祛风寒湿治本之药。

③补肾清热治尪汤。适用于肾虚标热重证。本方一改补肾祛寒为主之组方原则，乃为急则治其标热之邪的暂用方剂。方中以川断15g，骨碎补15g，生地15—20g，知母12g，炒黄柏12g，地骨皮10g，赤芍12g补肾清热为主药；以桑枝30g，秦艽20—30g，忍冬藤30g，络石藤30g，蚕砂10g，威灵仙15g。清热祛风除湿，且藤蔓能达四肢通经络为辅药；以羌独活各6—9g，白僵蚕9g，制乳没各6g，地鳖虫9g，红花10g。祛风胜湿除僵，活血散瘀，解痉散结为佐药；以透骨草祛风除湿引诸药深透骨中搜剔入骨之邪气。服此方待标热之邪清除后，根据辨证论治原则，渐以补肾祛寒法为主治本收功。

老师还强调：①鉴于虎骨价格昂贵且来源困难，常以透骨草15—20g，寻骨风15g，自然铜6—9g同用来代替。②尪痹病情严重，病程亦长，切勿操之过急随便更方，只要辨证无误，服药亦无不良反应，则应持续服药50—100剂左右以观疗效。如有效尚可继服。长期服用汤药获效后，可把汤药4—5剂共研细末，每日3次，每次2—3g，用温黄酒，或酒、水各半，或温开水送服。长期服用，加强疗效。

我们运用上述理、法、方、药反复临床验证均收到良好效果。自1981年至1992年期间发表的有关尪痹治疗及科研论文中病例达1000例以上，总有效率90%左右，显效率30%—60%，另外400多例的病因统计，也说明临床中尪痹的病因以寒湿为主。实验室方面的统计，类风湿因子转阴率72.59%；抗核抗体转常率51.85%；抗链球菌溶血素“O”试验转常率51.41%；C反应蛋白转常率28.57%。免疫试验证明，补肾祛寒治尪汤有较显著的抑制小鼠免疫功能效应；补肾清热治尪汤则有增强小鼠免疫功能的效应。药理实验方面也证明本组方药及科研用的制剂，均无毒副作用，还能明显降低关节炎大鼠尿中过氧化脂质含量，并在临床患者中也能得以验证，对实验动物的关节炎，本组药物均有消炎退肿作用。

（阎小萍）

王绵之　　辨治疑难病证经验

王绵之教授是全国著名的中医专家，于中医内、儿、妇科及热性病的辨证论治有很深的造诣，尤其擅长用中医理论为指导治疗现代疑难病证，并每获良效。他在坚持中医辨证论治的同时，充分运用现代医学知识，注重借鉴现代检测手段，并将其有机地结合起来，力求对疾病做出符合实际的全面诊断，为临床正确地立法组方、提高疗效奠定了坚实的基础。

王教授辨证注重从整体观念出发，既重视当前的病证，又要通过四诊合参，全面了解病人有无其他病证及隐患，弄清它们与现病证的关系。由于他辨证时在"精细"二字上狠下功夫，故善于发现容易被常人忽视的隐匿症状，并由此探幽发微，发现疾病症结之所在，而这些常常正是疑难病证久治不愈的主要原因。

王教授立法时，是根据当前急需解决的证候为前提，对其他病适当照顾。尤其使人叹服的是他能从现病证预见其进一步可能造成的损害，并对此兼予前瞻性的治疗，着眼于未病之先，达到了不治已病治未病之境界。

王教授遣药组方很少使用生僻药，其处方看似平淡，但选药精当，配伍严谨；或加减化裁运用古方，或另辟蹊径创制新方，既严守绳墨，又灵活有理。真正做到了继承而不泥古，创新而不离宗，务使药与证尽合，故每获桴鼓之效。

王教授的临证经验博大精深，欲将其真正学到手，决非一朝一夕所能为。现仅将王教授治疗慢性胰腺炎（胰腺纤维化）的经验整理汇报如下。

胰腺是人体兼管内、外分泌的最大腺体。就其外分泌的功能而言，它是人体重要的消化腺，直接参与糖、脂肪、蛋白代谢和体液调节，是关系到营养物质生成和代谢的重要脏器。祖国医学认为，"脾胃者，仓廪之官"，又各有专司。脾为中土，以灌四旁，主运化水谷精微，转输敷布津液，故脾为后天之本，气血生化之源，担负着营养物质的化生和代谢的重任。中医基础理论中并未论及胰腺，但现代医学概括的胰腺常见病，无论是急性胰腺炎表现出的剧烈腹痛、黄疸、舌苔黄腻或白腻；还是慢性胰腺炎表现出的脘腹疼痛、脂肪泻、体重减轻等典型症状，都与脾主运化有关。因此他认为，胰腺的病证应属祖国医学的"脾病"的一部分，治当从脾论治。

脾与肝关系极为密切。《素问·宝命全形论》云："土得木而达"。说明脾胃的消化吸收功能，需要得到肝的疏泄、生发之气的资助。而《素问·经脉别论》："食气入胃，散精于肝"，又指出肝脏精气的补充，需要通过脾胃的化生和转输，故又有"木得土而荣"之说。肝脾二脏在生理上互相依存，在病理上互相影响。《金匮要略·脏腑经络先后病脉证》篇："见肝之病，知肝传脾，当先实脾，四季脾旺不受邪，即勿补之"，和"夫肝之病，补用酸，助用焦苦，益用甘味之药调之……此治肝补脾之要妙也。"又正是针对肝脾二脏在病理状态下互相影响而做出的治疗要诀。慢性胰腺炎的临床表现属祖国医学"土虚木郁"证。若迁延失治，或治不如法，必然气血俱虚，湿停血瘀。因此调治肝脾就成为治疗慢性胰腺炎的关键。

病案举例：

刘某某，男，50岁，患者素有哮喘。三年前曾因上腹部疼痛而住某医院治疗。经B超、消化道造影等检查未见异常，遂按十二指肠溃疡治疗。证情缓解后出院，但上腹部仍不时疼痛。一年前又因上腹部疼痛加剧，伴有恶心呕吐而再度住院。B超检查发现：胰头4cm，胰体2.6－2.8cm。继之出现梗阻性黄疸。因怀疑是胰腺癌而行剖腹探查术。手术中取活检，报告为：慢性胰腺炎（胰腺纤维化）；原发性硬化性胆管炎。行胆管空肠吻合术。术后黄疸消失，但腹痛仍不时发作，且日渐消瘦。出院后，经人举荐于91年9月2日来我院门诊部请王教授诊治。当时病人左胁牵涉脘腹时有疼痛，胸满纳呆，腹胀便溏。舌嫩，苔白腻、不厚、但板结，尖部多裂纹，舌左侧有瘀斑。脉细弦涩，左尤细，关部紧。此属肝脾两虚，气血俱乏而有血瘀之证。治当先和血疏肝，理气健脾。处方：柴胡3g，川楝子9g，赤白芍12g，当归18g，炒枳壳9g，清半夏12g，炒白术12g，桃仁9g，红花9g，茯苓19g，木香3g，泽泻9g，苏梗5g。连进7付，胁痛、胸闷证大减，腻苔已退，舌中青紫清晰可见，舌苔薄白有冰裂纹，但不干。脉弦细但已较柔。此为气机渐舒，但中气未复，血瘀未化之象。故加强益气和血，俾土实木荣，五脏皆受其荫。处方以四君子汤加当归、白芍、川楝子、郁金、木香、炒枳壳、桃仁、红花。连进14付，诸证悉减，但因近日感受风寒，引发哮喘宿疾，胸闷憋气，喘息不得平卧，痰清而粘，不易咯出，舌中青紫，苔薄白不匀，脉弦细缓。其人素体脾肺气虚，今又因外感风寒触发哮喘，急当以益气化痰、肃肺平喘为主，兼顾肝脾。处方以六君子汤加旋复花、浙贝母、炒枳壳、桔梗、当归、赤白芍、丹参等。连进7付。哮喘已平，唯觉体力不佳，夜寐不宁。此为喘平而正气益虚，心亦失养之象。治以益气健脾、养血宁心。处方：四君子汤与当归补血汤合方加生地、白芍、炒枣仁、桃仁、红花、丹参等。连进14付，诸证皆除，食眠转佳，体力有增。原方加生牡蛎以软坚散结，再进30付。药后病情稳定，舌上青紫大减，周边已转红润。病人无何不适，为巩固疗效，继续以健脾和肝，兼予益肺养心为治。治半年，诸证均除，饮食睡眠渐复正常，二便亦调。体重由原102斤增至107斤。B超复查：胰头1.7cm，胰体0.7cm，胰管内径0.2cm，胰管已不扩张。随访病人半年，诸病（包括哮喘病）均未复发。

慢性胰腺炎（胰腺纤维化）目前尚无特效药治疗，用中药治愈本病亦属罕见。该病人虽经手术治疗，消除了黄疸，缓解了症状，但其胰腺纤维化并未改善，尤其患者体重锐减，形容憔悴，左胁牵涉脘腹时时疼痛，可见病未除而正已大虚。如此严重的难治之证，通过中医的辨证论治终获痊愈。这一事实再次说明，只要真正掌握了中医理论，就可以在临床上解决前人所未论及的病证。

临证体会

1.辨证审因　凡病必有症状或体征，所谓"有诸内，必形诸外"。但症状或体征并不能全面、深刻、正确地揭示疾病之本质，必须通过四诊，参考现代检查结果，以中医理论为指导，综合分析得出的结论——证候，才是机体在疾病过程中某一阶段的病理概括。该病例患者出现日渐消瘦，胁下脘腹疼痛，舌质青紫，脉细弦涩等证。形肉做为脾之外候，它的强壮与瘦弱反映了脾气的虚实盛衰。正如《医宗必读》所说："盖形肉者，脾之所主，脾土为万物之母，观其形肉脱，则知脾坏于内而根本丧矣"。今病人日渐消瘦，其脾气大虚可知。脾为后天之本，气血化生之源。脾虚则化源不充，气血俱虚，肝失所藏，则疏泄之令不行，致使肝郁不舒，气机不利，不通则痛。此证之肝郁，缘于肝体之不足，因此益肝体，解肝郁，方能有济。而健脾益气，以资化源，脾土实木荣，亦不失为治本之法。瘀血，人身本无此物，今病人胁下脘腹痛有定处，舌质青紫，脉细涩，均为血瘀之明征。遵"有者求之，无者求之，盛者责之，虚者责之"（《素问·至真要大论》）之古训，究其原委在于气虚则血滞，久而成瘀。若径投化瘀消坚之剂，不仅难以奏效，反有伤正之虞。只有益气化瘀，俾气旺血行，才是万全之策。施用于临床，终获奇效。由此可见，提高中医理论水平是何等的重要。因为感觉到的东西，不一定理解它，只有理解了的东西，才能更好地感觉它。胸中有全局，手中才能有正确的重点。

2.标本缓急　标本是一个相对的概念。凡病因与症状、先病与后病、正气与邪气、病在内与病在

外等，都有标本关系的存在。其应用意义，主要是分析病证的主次先后，轻重缓急，用来确定治疗的步骤。“治病求本”以及“急则治标，缓则治本”等原则，历来医者奉为圭臬。但在临床应用时，既要掌握其原则性，又要视病情的变化，注意到特殊情况下的灵活性。就本病而言，脾虚为本，肝郁为标，故健脾和肝始终是治疗的第一要务。但当外感触发哮喘，病人气逆喘急不得平卧之时，又急当益气化痰，肃肺平喘以治其标。值得强调的是，王教授在治标之时不忘顾本（即兼顾肝脾），而在标病缓解，缓图其本之时，又不忘顾标（即益肺）。这种“治标不忘本，治本有利于治标”的相互呼应、关照的治法，对于提高疗效，缩短病程起到了不可低估的作用。

3. 遣药组方　王教授遣药组方，微妙精深。其审察病情，辨别经络，参考药性，斟酌轻重，无不与所治之病紧密相连，不爽毫发。虽沉疔痼疾，投之辄有奇效。本病例中健脾益气重用茯苓，是因其能补益心脾之气以治其本；结合病人素有痰饮哮喘，又寓有“治痰之源”之义。《素问·经脉别论》云：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”茯苓利湿治痰（因痰与湿，异名而同类），是通过健脾、散精、归肺、通调水道而实现，故无伤阴之弊。其与白术相伍，则功效更显。活血化瘀重用丹参，是因为丹参兼有养血功能，故对于血瘀又有血虚之证最为合宜。且药理研究表明，该药有抗纤维化的作用。养血柔肝重用白芍，是因其养血敛阴而不涩滞，兼有破结之功效，故对于血虚肝郁又有血瘀之证最为合拍。赤白芍同用，则养血敛阴、破结化瘀之力更著。

（刘淑清）

李振华　　治疗心脏室性早搏的方法与经验

室性早搏是临床常见的一种心律失常，发生于心室的一种异位搏动。大量流行病学调查资料证实室性早搏是冠心病患者猝死的高危险指标。李振华老师业医四十余年，精研医理，对治疗室性早搏有着独到的方法和经验。现将三年来观察治疗室性早搏120例总结如下：

方药运用

在证治分类方面，李师根据数十年的临证体会，以病因病机为指导，将本病辟为气阴亏虚，痰湿阻滞二方面论治，至于气滞、气虚、血瘀与本病的关系，李师则将其作为兼证处理。这样根据主要病机，辨证简要，便于记忆，易于掌握，验之临床，每获良效。

1. 气阴亏虚：临床以心悸胸闷，气短乏力，心烦易躁，口燥咽干，失眠多梦，头晕或面色不华，舌质微红少苔，脉结代为主症。治宜养阴益气，宁心安神。

方药：自拟养阴益心汤

红人参6克，麦冬15克，生地12克，阿胶10克，丹参15克，桂枝1—3克，茯苓15克，远志10克，节菖蒲10克，龙骨15克，炙甘草6克。

方中生地、麦冬、阿胶补心血，养心阴以充血脉；人参既可补养心阴，又能合茯苓、甘草健脾益气，以助气血生化之源；桂枝用法最为讲究，宜轻不宜重，目的在于通阳而不是温阳，偶发早搏用2克，频发早搏用3克；丹参活血化瘀，养血安神；枣仁、节菖蒲、远志、龙骨养心安神，透窍定悸。诸药合用，使心之阴血足而血脉充，心气复而心阳通，心神得养而心律齐。临床运用：心悸失眠甚者加琥珀3克（分二次冲服）；气滞血瘀者，加郁金10克，桃红10克，以理气活瘀；气虚甚者，加黄芪30克以益气补中；胸部闷痛者加薤白10克，檀香10克以理气宽胸。

2. 痰湿阻滞：临床以心悸胸闷，气短喘促，体倦乏力，四肢沉重，或逐渐肿胖，脘腹胀满，大便溏薄，头晕头沉，口干不欲饮，嗳气，舌质淡暗，舌体肿大，边有齿痕苔白腻，脉弦滑或濡缓为主证。治宜健脾益气，豁痰宁心。

方药：自拟豁痰宁心汤

党参10克，白术10克，茯苓15克，橘红10克，半夏10克，节菖蒲10克，远志10克，枳壳6克，厚朴10克，郁金10克，砂仁8克，桂枝6克，苡仁30克，甘草3克。

方中党参、白术、茯苓健脾利湿；枳壳、厚朴、砂仁醒脾理气，燥湿化痰；橘红、半夏降逆豁痰；桂枝通阳利水，配白术、茯苓、苡仁以增强脾之运化功能；节菖蒲、郁金、远志化湿透窍，宁心安神。诸药合用，共奏健脾化痰，通阳宁心之功。

临床运用：气虚甚者加黄芪30克，生山药30克益气健脾；大便溏薄甚者加煨肉蔻10克，苍术10克以燥湿固涩；脘腹胀满者加广木香6克，大腹皮10克理气化湿，除满消胀；痰郁化热者，加黄连6克，胆南星10克，竹茹15克以清热化痰；痰瘀交阻者，加当归10克，丹参15克，瓜蒌12克以宽胸理气，养血活血；心悸明显者加龙齿10克，琥珀3克，以镇心安神。

疗效观察

1989 年 2 月—1992 年 5 月，按全国统一标准（1979 年修订的“常见心律失常病因，严重程度及疗效”）按上述证治经验，观察治疗 120 例室性早搏患者，其中 86 例为气阴亏虚证，34 例为痰湿阻滞证，这和近十年资料统计的分证是一致的。同时又用西药“慢心律”观察治疗 20 例室性早搏患者，疗前均作心电图或心电监护确诊为室性早搏，并且为每分钟有 6 次以上的室性早搏。治疗前后对中药辨证组中 80 例，“慢心律”组中 15 例作了左心室心功能（STI）测定，以观察疗效。我们还对正常人 25 例作了左心室功能测定。经心电图、体检、胸透未发现心血管等器官的疾病。

中药辨证组中，年龄最小者 16 岁，最大者 82 岁，平均年龄 52.6 岁。年龄构成比中 41 岁以下者男 16 例，女 19 例，女性多于男性。41 岁以上者男 51 例，女 34 例，男性多于女性。“慢心律”组 20 例中，最小者 18 岁，最大者 69 岁，年龄构成比中，41 岁以下患者男 4 例，女 6 例；41 岁以上患者男 7 例，女 3 例。在疾病分布上中药辨证组，冠心病 34 例，病毒性心肌炎 33 例，高血压心脏病 16 例，风心病 13 例，扩张性心肌病 12 例，植物神经功能紊乱 12 例；西药“慢心律”组，冠心病 10 例，风心病 14 例，心肌炎 3 例，植物神经功能紊乱 3 例。病程最短者 2 个月，最长者 15 年，平均 3.2 年。

疗效标准：按全国统一标准（1979 年修订），显效：临床症状及过早搏动均消失，2—3 月随访无复发。有效：临床症状基本消失，过早搏动次数较原有减少 50%以上或减轻一度者，随访无明显发作。无效：临床症状及早搏无变化。恶化：临床症状加重，早搏较前增加 50%。观察结果：中药组 120 例中，经过辨证治疗，按照上述疗效标准，结果显效 63 例，有效 56 例，无效 1 例，恶化 0 例，总效率为 99.17%。“慢心律”组 20 例中，有效 2 例，无效 18 例，总有效率为 10%。

结　语

室性早搏常是各种心脏病的并发症，病机复杂，通过对 120 例室早搏的观察治疗，有效率达 99.17%，明显优于西药“慢心律”对照组。室性早搏是可以用中药治愈的，发病时间越短取效越快。从临床观察，用上方治疗室早搏，一般服 3—5 剂即可见效，但要巩固疗效，则需服 20—30 剂。本组病例中，有效患者平均服 18 剂。119 例有效患者中，服药 20 剂的 75 例，显效率 80%；服药 6—15 剂的 44 例，显效率占 50%，两组疗效相比，经统计学处理，治疗效果有显著差异。提示上方治疗室性早搏要坚持服药到一定剂量，做到有方有守，才能收到满意疗效。在遣方用药方面，李师认为尚须注意以下几点：1. 室性早搏日久不愈，常导致本虚标实，因此治疗时应选加一些补气活血之品，以助血行。2.“心藏神”，神安则脉气调匀，故治疗室性早搏中酌加安神之药。一些患者在改善了失眠、烦燥症状后，早搏也容易消失，说明调养心神在治疗早搏中是不可忽视的环节。3. 室性早搏病程较长，40 岁以上患者居多，常兼有肾虚之象，应视病情酌加补肾之品，以固根本。4. 室性早搏气阴亏虚者多见，该证用桂枝不宜多，以频发者用 3 克，偶发者用 2 克为宜。

（李郑生）

郭振球　温病微观诊舌经验的临床研究

舌诊在辨证论治中具有特殊的价值。郭振球教授认为，在温病中，察舌辨别卫气营血病邪的变化尤为重要，这对于临床推断病位，指导用药有较大的意义。同时指出，宏观舌象的变化必然有其微观的物质基础，将微观测分析引入到传统舌诊之中，不仅有助于分析温病的病理变化，也为临床辨证提供客观指征。在温病微观察舌辨证上，郭教授认为：①温病的临床特点有四，病变迅速，热势较高，伤津耗液，动血扰神，而这些特点都可映之于舌象微观之中，较宏观舌象更为敏感。②微观诊舌既可反映温病卫气营血不同证型时相性特征，亦可观察到其连续性变化规律。舌诊微观的时相性特征反映了温病诸 证的病理本质，而连续性特征则反映了温病传变的过程及转归。③温病舌微观并非口腔局部因素所致，须与整体病情联系；若舌证不符，要考虑患者体质特征在舌微观的反映。

为了整理研究郭教授对温病卫气营血不同病理阶段微观舌诊的学术经验，探讨微观舌诊的客观指标，特对121例次温病患者及21例健康人进行了临床舌象及其微观检测分析。

材料与方法

临床资料

正常对照组：21例，其中男12例，女9例，平均年龄41.76±14.15岁，系我院职工、学生，均经必要的检查证实为健康人。

所有温病患者都是我院附一医院及专家门诊病人，病种主要为流感、肺炎、菌痢、肝炎、流脑。参考全国中医高校教材《温病学》中“卫气营血辨证要点”，121例次分为四组：①卫分证组：38例，其中男20例，女18例，平均年龄43.21±14.07岁。②气分证组：40例，其中男19例，女21例，平均年龄44.65±14.31岁。③营分证组：26例，其中男14例，女12例，平均年龄46.52±15.07岁。④血分证组：17例，其中男10例，女7例，平均年龄48.47岁±16.10岁。经统计各组间性别、年龄比较差别不显著($P>0.05$)。

方法与指标

1. 中医舌诊　参照郭教授主编的《中医诊断学》所定辨舌标准，按传统方法察舌。

2. 舌微循环观察　应用郭教授等研制成的SW－Ⅱ型“舌象微观检测仪”和徐州光学仪器厂生产的WXS－Ⅱ型“微循环血流测速仪”逐一观测。具体方法、指标均按中国生理科学会病生学会微循环专题会试行方案进行。

3. 舌苔脱落细胞检测　每例均用印片法制备舌苔标本片，作巴氏染色，采用南京江南光学仪器厂XSS－Ⅰ型“摄影生物显微镜”进行镜检、摄影。

4. 舌面干湿度检查　采用上海试剂三厂精密试纸（接触面积统一为30×10mm），置于受检舌体前1/2处，立即观察，同时用秒表记录试纸完全浸润所需时间。

结 果

舌象观察

表 1　　五组舌象观察结果比较

组别	n	舌质** 淡红(0)	边尖红(1)	鲜红(2)	红绛(3)	绛紫(4)	舌苔** 薄白润(0)	白干(1)	黄干(2)	燥/腻(3)	少/光(4)
健康人	21	17	4	0	0	0	16	5	0	0	0
卫分证	38	7	21	10	0	0	12	18	5	3	0
气分证	40	0	4	20	16	0	0	5	25	10	0
营分证	26	0	0	3	15	8	0	1	13	15	7
血分证	17	0	0	0	2	15	0	0	0	3	14

注:1、五组比较,*P<0.05;P<0.01.以下诸表因此,2.本表为 R×C 的 X^2 检验。3.表头舌质、舌苔栏内(0)—(4)为异常计分权值.**

表 1 示,健康人与温病四组舌质、舌苔均有显著差别(均 P<0.01)。卫分证病人以舌边尖红,苔薄白而干为主;气分证患者多见舌质鲜红或绛红,苔黄而干或燥或腻;营分证病人舌质红绛或绛紫,舌苔黄干或燥;血分证患者常见舌质绛紫,舌苔少,甚至出现镜面舌。

舌微循环观察

1. 舌微循环检测比较(表 2)　五组间经方差分析,五项测值均有显著差别。除"丝状乳头横径"外,其它四项测值均呈健康—卫分—血分—营分—气分递增的趋势。经多样平均数两两比较,除"菌状乳头横径"之外,健康人组与卫分证组其它指标均无显著差别(均 P>0.05)。

表 2　　五组舌微循环检测比较　　(X±SD)

组别	N	菌状乳头横径(mm)*	丝状乳头横径(mm)**	微血管丛长度(mm)**	微血管袢横径(um)**	微血流速(um/s)**
健康人	21	0.50±0.11	0.23±0.06	0.30±0.06	10.33±1.04	506.10±67.75
卫分证	38	0.55±0.11	0.24±0.07	0.31±0.07	10.62±1.16	507.60±73.93
气分证	40	0.74±0.12	0.31±0.07	0.52±0.09	17.00±1.67	709.38±109.39
营分证	26	0.65±0.13	0.16±0.05	0.40±0.09	14.36±1.77	630.12±82.73
血分证	17	0.62±0.12	0.13±0.04	0.38±0.08	13.09±0.94	606.82±66.21

注:本表检验为方差(F)分析及多样本均数两两比较。*和同表 1 注。**

2. 舌微循环异常比较(表 3)

健康人和温病四证患者均可出现不同程度的舌微循环异常变化,随着温病病情的发展而呈现健康<卫分<气分<营分<血分的递进之势(均 P<0.01)。经各组间两两秩和检验,卫分证组的异形、瘀血微血管丛和虚线、絮状流态的发生率均显著高于健康人组(P<0.05 或<0.01)。

表 3　　五组舌微循环异常比较

组别	n	异　形** 微血管丛	瘀　血** 微血管丛	虚线絮状** 微血流态	血色暗红**	微血管袢 渗出、出血
健康人	21	1.33(32.21)	0.29(27.57)	0.29(35.01)	0.24(28.79)	0.05(49.08)
卫分证	38	2.61(45.66)	1.26(44.22)	0.84(50.04)	0.79(37.08)	0.08(49.39)
气分证	40	4.01(65.96)	1.75(53.68)	1.13(56.86)	1.50(55.48)	0.15(52.00)
营分证	26	4.15(67.00)	3.31(80.98)	1.58(67.33)	2.77(82.67)	0.62(66.40)
血分证	17	4.82(77.53)	3.53(85.18)	2.65(85.56)	3.29(94.32)	2.65(99.85)

舌苔脱落细胞检测

1. 舌苔脱落上皮细胞分类比较(表 4) 健康人与卫气营血四组病人舌印片均以不全角化细胞为主(均＞60%)，都未见到底层细胞。卫分证组各类细胞百分比与正常值接近；气分证组上皮细胞角化明显加快，呈弥漫性过度再化，胞浆呈杏黄色或桃红色，细胞极薄，边缘卷曲，许多细胞胞核消失。营分证和血分证病人不仅角化前细胞的比例较之卫、气组增高(均 P＜0.01)，而且可以见到较多的体积较小，胞核编大的中层细胞。

表 4　　五组舌苔脱落细胞分类计数比较

组别	观察数	完全角化	不全角化	角化前	中层
健康人	701	52(7.4)	496(70.8)	153(21.8)	0(0.0)
卫分证	1550	143(9.2)	1114(71.8)	286(18.5)	7(0.5)
气分证	2634	294(11.2)	2136(81.1)	177(6.7)	27(1.0)
营分证	2347	160(6.8)	1596(68.0)	542(23.1)	49(2.1)
血分证	1870	93(5.0)	1145(61.2)	499(26.7)	133(7.1)

注：表中数据为：分类细胞(%)、本表经整体 R×C 的卡方检验，P〈0.01。

2. 舌苔细胞学其它指标比较(表 5) 健康人及卫气营血四组各类细胞指标均有显著差异(均 P＜0.01)。其中“上皮细胞”、“变性细胞”的平均数均随卫气营血病理阶段的发展渐趋严重；“白细胞”数以气、营两组增多，提示感染严重；气分组：核致密指数”最高，表明此阶段上皮细胞角化加快，而血分组“核致密指数”降低则与表 4 中“再化前”、“中层”增高相符。

表 5　　五组舌苔细胞学其它指标比较

组别	N	上皮细胞**	变性细胞**	白细胞**	核致密指数**
健康人	21	33.38(12.07)	0(21.83)	0.81(20.01)	3.45(36.67)
卫分证	38	40.79(20.91)	0.39(37.68)	1.97(32.34)	4.41(49.96)
气分证	40	65.85(58.15)	0.98(56.06)	4.80(79.09)	11.35(94.61)
营分证	26	90.27(91.33)	1.96(61.71)	5.00(81.96)	4.09(44.56)
血分证	17	110.00(110.91)	2.24(91.59)	3.12(50.44)	2.45(25.03)

注：表中数据为：检测平均数（平均秩和），本表均用秩和(H)检验。＊和＊＊同表 1 注。

舌面干湿度检测

五组试纸浸润的时间，以气分证最长（7.17±0.85 秒）伤津最甚；营分（6.02±0.79 秒）和血分证（5.95±0.78 秒）其次，二组间差别不显（P>0.05）；卫分证时间最短（3.51±0.97 秒）接近健康人组的浸润时间（3.01±1.06 秒），但二组间仍有显著差别（P<0.05）。

舌象宏、微观异常积分比较

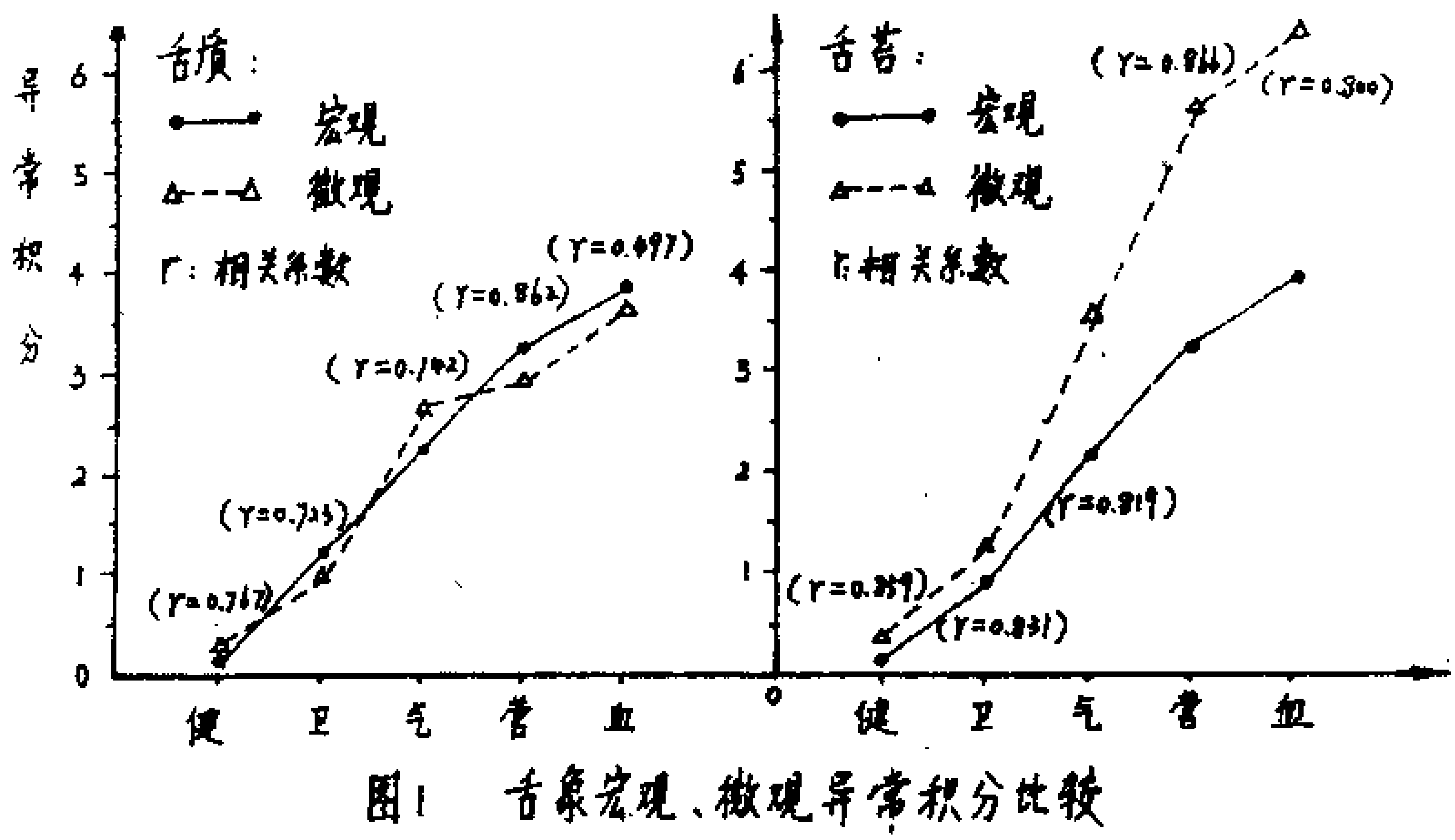


图 1 舌象宏观、微观异常积分比较

参照表 1 异常计分权值对各组受检者舌质、舌苔记分统计；同时根据上述舌微观检测中各类指标中出现 1 项异常便记 1 分的原则绘每例记分，结果如图 1 所示。无论是宏观或微观舌诊的异常积分均呈健康人<卫分证<气分证<营分证<血分证的发展超势（均 P<0.01）。各组宏观舌质与舌微循环，宏观舌苔与舌脱落细胞的异常积分相关检验，除血分证组舌质外（P<0.05），其它各组相关系数均在 0.72－0.78 之间，呈高度正相关（均 P<0.01）。

讨论

卫气营血察舌辨证的微观特征

郭振球教授认为："卫气营血辨证的基本观点是以温热邪气对人体功能活动和津血等物质的损害程度作为判断温热病邪不同阶段标准，并以此来分析病变的发展和预后。"在舌微观上，卫、气、营、血四类证型在舌微循环、舌脱落细胞和舌面干湿度等方面，都有一定的与卫气营血病理本质相应的特征性变化，成为形成温病不同舌象的病理基础。

1. 卫气营血舌微观的时相性特征　卫分证候是温病初起之证，受邪尚轻，病位较浅，各项舌微观检测值虽与正常值接近，但较之健康人，其舌菌状乳头横径略大，异形、瘀血微血管丛和流态变异

管丛都增多；舌脱落上皮细胞增多，角化加快，渗出白细胞明显；舌面浸润时间稍长。这些微观变化既反映了温邪袭表，卫气被遏，热灼津伤的病理机制，也体现了卫分证邪在表而性偏热的病性。

气分证候是邪热内盛之实证。由于热郁气机，气血壅盛，代谢亢进，致使舌尖菌、丝乳头增大，微血管丛开放增多，微血管扩张，血流加快；上皮细胞呈弥漫性过度角化，核致密指数增高；试纸浸润时间较其它各组显著延长。这些舌微观改变揭示了本证邪正剧争，热盛伤津的病理本质。

营分证是温热病邪内陷的深重阶段。由于营热蒸腾，营阴受损，其舌乳头横径、微血管长度、管径、流速等值较气分证略低，但异形、瘀血微血管，虚线状或絮状微血流及渗出或出血等异常指标均显著高于气分证病人；舌上皮细胞的角化程度较气分证低，而脱落上皮细胞总数、中层细胞、白细胞、变性细胞数也显著增多。其形成与本证内热亢盛，气血不畅，凝血紊乱，代谢障碍等因素有关。

血分证候为温热病邪深入血分最为深重的阶段，本组患者舌尖微循环和舌脱落细胞的异常程度也最为严重，而以舌微血管袢异形、瘀血，红细胞聚集，血色暗红，尤其是微血管渗出、出血加剧，及舌苔脱落上皮细胞堆积，中层细胞脱落增多，变性坏死细胞严重等为特征。反映了本期血分热炽，气滞血瘀，血络损伤，耗伤阴血的病理变化。

2. 卫气营血舌微观的连续性特征　郭教授认为，温病的整个发生、发展和演变过程中，卫气营血四个阶段是相互联系着的。本文观察到，温病四类证型不仅有与各证型病理改变相符的时相性舌微观变化，而且舌质、舌苔微观检测的异常程度，都呈现出卫分证＜气分证＜营分证＜血分证的递增程度的连续性趋势（均 $P<0.01$）；舌象的宏、微观改变与临床舌诊一样，不仅是舌本身局部的微观病理变化，也是全身病理状态的反映，是卫气营血四类证型形成、演变的微观依据，体现了叶天士关于温病“卫之后方言气，营之后方言血”病理变化的论断。

卫气营血察舌辨证的机理探讨

郭教授指出，温病的卫气营血辨证，标志着病变浅深的四个不同层次。就卫气营血的生理功能而言，卫和气有“温分肉、充皮肤、肥腠理、司开合”的作用；营和血主要是营养全身，四者之间相互密切联系。当外邪侵入人体，影响卫气营血的生理功能之后，也就会出现一系列的临床证候。舌位于口腔之内，很少受外界温度、湿度影响，但由于舌中血管丰富，舌粘膜上皮菲薄，乳头变化灵敏，当温热病邪由表入里，影响了体内气血津液的正常循行和代谢，则能迅速地改变舌乳头中微血管丛的形态、数量、血色、流速、流态以及舌上皮细胞的代谢过程，从微观上观察到舌微循环和舌脱落细胞学的温病时相性、连续性特征，而在宏观上则可观察到卫气营血不同证型的舌象特征。华西医科大学温病理论研究室通过了卫气营血动物模型研究，重庆市第一工人医院从温病卫气营血患者舌苔刮片中研究，均已证实随着温病演变而有相应的微观病理改变。因此，郭振球教授认为，，温病患者舌微观变化虽然并非该病特异性改变，但它为温病卫气营血四类证型提供了不同阶段微观变化的依据，反映了温病察舌辨证的正确性和必要性，对于临床察舌施治也具有指导意义。

（袁肇凯）

洪广祥　疏利气机法治疗支气管哮喘的经验

洪广祥教授业医三十余年，致力于肺系病证的临床研究，疗效卓著，尤其在支气管哮喘的病因病机与治疗方面独树一帜。现就其运用疏利气机法治疗支气管哮喘的学术经验，简介于后。

一、确认痰瘀气壅为哮喘的主要病理基础

肺气以清肃下降为顺，壅塞上迫为逆。支气管哮喘由肺气壅塞所致，而肺气之壅塞又由"痰瘀伏肺"而成。且痰瘀的产生与气机不利互为因果，即肺气不利则不能布津行血，津停血滞而成痰瘀，痰瘀伏肺则益增肺气之阻滞。痰瘀胶结，结成窠臼，内伏于肺，遂成哮喘反复发作的"夙根"，每因感受外邪等多种因素而诱发。发作时可见喉间痰鸣如吼，甚者颜面、口唇、肢末青紫等痰瘀气壅见证；哮喘缓解期，亦可见口唇、舌质暗，苔腻、脉弦滑等痰瘀伏肺证。故认为痰阏气壅为哮喘的主要病理基础。

二、确立疏利气机为治疗大法

前贤治疗哮喘，主张"以祛痰为先"，多以宣降肺气，祛痰平喘等治疗。导师认为，痰瘀伏肺为哮证反复发作的"夙根"，发作期以痰瘀气壅为主要特征。因此根据朱丹溪"善治痰者，不治痰而治气……"，和唐容川"治一切血证皆宜治气"的古训，提出"治痰治瘀以治气为先"的思路。长期的实践经验证明，"治气之法，应从调肝气、行脾气、泻肺气、利腑气着手"。因为肝肺为人体气机升降之枢纽。肝脉上贯于肺，肝气从左升，肺气从右降，肝气的升发有赖于肺气肃降。肺气宣降又需藉助脾气运化斡旋之力。且脾失健运，更为生痰窒肺的主因。故行脾气有利于脾气之健运，以杜绝生痰之源；肺与大肠相表里，气化相通，大肠以通降为贵，腑气之通泄这肺气肃降之道路。且滞肺之痰瘀亦藉大肠以下泄。

三、制方、用药经验

导师根据《内经》"肺苦气上逆，急食苦以泻之"的理论及"治痰治瘀以治气为先"的原则，选择具有"苦降"疏利气机作用的药物作为组方基础，在古方平气散的基础上大胆创新，制成利肺平喘新方"蠲哮汤"。平气散方出《卫生宝鉴》卷十二，罗谦甫记载："己未发初秋越三日，奉召至六盘山，至八月中，霖雨不止，时承上命，治不粼吉歹元帅夫人，年逾五旬，身体肥盛，因饮酒吃湩乳过度，遂病腹胀喘满，声闻舍外，不得安卧，大小便涩滞，气口脉大两倍于人迎，关脉沉缓而有力，予思霖雨之湿，饮食之热，湿热大盛，上攻于肺，神气躁乱，故为喘满，邪气盛则实，实者宜下之，故制平气散以下之。（平气散方：青皮、鸡心槟榔各三钱，大黄七钱，陈皮五钱，白牵牛二两，半生半炒，取头末一半）"。70年代初导师参加中医防治老年慢性支气管炎科研攻关，广搜博览有关典籍。对于这样一个特殊的个案，并不随意浏览而过，而是特别究心于此案此方平气治喘立论之专与配方遣药之精。且此方平气降气之功，亦深合哮喘证痰瘀气壅的机理，遂推而广之，用于治疗肺气壅实的哮喘证。在此基础上经

近二十年的反复比较筛选，去原方中苦寒有毒的牵牛子，加葶苈子，卫矛，牡荆子，生姜制“蠲哮汤”一方。方中葶苈子辛苦寒，泻肺气以除壅塞；青皮苦辛温调肝气，达肺气，使气机升降正常；陈皮辛苦温调脾气以杜生痰之源；槟榔苦辛温性沉重，下痰降气；伍苦寒之大黄，利腑气，腑气通则肺气自降；卫矛且有抗过敏作用，与逐瘀除壅之大黄相配，更能增强行瘀之利。哮喘之作，多为外感诱发，伍生姜既可外散表寒，又可内散水饮，且能防葶苈子、大黄苦寒伤胃之弊。本方以疏利气机为其大法，泻肺除壅，涤痰祛瘀、利气平喘为其主要功效。因为气顺痰易消，气行血亦活，从而达到痰消瘀散之目的。经临床对 54 例支气管哮喘患者疗效统计，临控达到 40 例，占 74.07%；显效 7 例，占 12.96%；有效 4 例，占 7.4%。说明疏利气机是治疗支气管哮喘的一条重要的有效途径。

加减：本方一般不必加减，如他症明显，可根据辨证酌情加药，如寒痰哮可加干姜、细辛；兼表寒者加生麻黄、苏叶；热痰哮加黄芩、鱼腥草；有过敏性鼻炎或其它过敏症状明显者加辛夷花、苍耳子或路路通、防风；肺阳虚明显者加生黄芪、熟附子；肺气虚易感冒者加玉屏风散；痰不易咳出，痰出喘减者加礞石、鹅管石、海浮石、海蛤壳以涤顽痰；大便不畅者大黄宜生用后下；稀溏者，大黄宜熟用同煎，剂量不减。

服法：水煎服，每日一剂，每剂煎三次，分上、下午及临睡前服用，连服七天。重症哮喘或哮喘持续状态且体质尚好者，可日服二剂，水煎分四次服。哮喘缓解后改为常规服药法。药后 1－3 日内，若解痰涎状粘液便，为痰浊下泻的良性反应。哮喘完全缓解后，大便自然恢复常态。

疏利气机法对哮喘持续发作者，也有较好的疗效。所谓哮喘持续发作，是指哮喘症状迁延反复，甚至一日数发，且哮鸣音不易消失，甚至可迁延数月之久。哮喘持续发作的原因通常与下列素密切相关。①顽痰胶固，气道瘀塞；②肺阳虚衰，卫阳不固；③鼻窍不利，肺失宣肃。导师常在疏利气机的基础上，间用温阳护卫法（方用温阳护卫汤，药物：生黄芪 15－30g，熟附子 10g，路路通 30g，防风 15g，卫矛 10g，桂枝 10g，白芍 10g，生姜 3 片，大枣 6 枚）和宣窍利鼻法（辛夷花、苍耳子各 10g，路路通 30g，川芎、白芷各 10g，细辛 3g，蒲公英 15g，连翘、黄芩各 10g），或涤散顽痰法（方用新加千缗汤：皂荚 6－10g，细辛 3－5g，法半夏 10g，礞石 15－20g，海蛤壳 15－20g，鹅管石 20g），多能取效。

综上所述，导师关于疏利气机以治哮喘的学术渊源于《内经》“肺苦气上逆，急食苦以泄之”之旨，师法先贤痰、气、外感相激之论，采撷名家临证一偏之方，揉合自己数十年之学术心得与临床经验。遂能形成理论、治法、立方、择药各环节相互衔接，一以贯之的独特思路。

（赵凤达）

柴浩然　　治疗急性肾炎的经验

急性肾炎(又称急性肾炎综合征),属于中医风水病的证治范畴。老师治疗本病,注重辨病与辨证相结合,强调早期治疗、循序渐进的原则,以及早期宣肺解表;恢复期健脾补肾;利水消肿贯穿始终的阶段性辨治方法。现将其治疗经验介绍于下。

1. 宣肺解表是急性肾炎早期治疗的关键:急性肾炎早期,除浮肿、小便短少,尿检出现蛋白、红细胞、管型等临床特征外,常兼见恶寒、发热、头痛、无汗、脉浮等表证。老师认为这是风水病的典型脉证,其病因病机由外邪侵袭,或风寒外束肌表,或风热上受口鼻,或疮毒邪气内攻,肺卫郁闭,外不得宣发以散表邪,内不能通调水道以利水湿,以致风水相搏,泛溢头面肌肤,始见眼睑及颜面浮肿,肺合皮毛,主一身之表,为水之上源;肾与膀胱相表里,"膀胱者,腠理毫毛其应",故外邪侵袭,虽肺卫先病,但迅速累及肾与膀胱,浮肿继而延及全身。鉴于此,急性肾炎早期治疗以宣肺解表为主,一则解表散邪,使皮毛开泄,水随汗解;再则宣肺肃降,俾水道通调,水液下输膀胱,气化而出。否则,表证不解,肺气郁闭,徒用它法,而邪无外达之机,势必内迫肾与膀胱,加剧病情。所以,宣肺解表,是急性肾炎早期治疗的关键。老师在辨证论治的基础上,选用成方或自拟经验方,每以麻黄或代以香薷为君,突出宣肺解表的治疗特点。

1.1　急性肾炎早期见风寒表证,如恶寒发热,头痛无汗,身重腰痛,咳嗽气喘,颜面浮肿,继而延及全身,舌淡、苔薄白,脉浮紧。治宜辛温解表,宣肺降气以利水。方用麻桂五皮饮(自拟经验方):麻黄 6—15g,桂枝 4.5—9g,茯苓皮 1.5—30g,大腹皮 15—30g,桑白皮 9—15g,陈皮 6—9g,生姜皮 6—9g。病发夏月者,去麻黄、桂枝,代之以香薷 9—15g,名香薷五皮饮(自拟经验方)。

1.2　急性肾炎早期见风热表证,如发热微恶寒,咽痛咳嗽,鼻塞流浊涕,颜面及周身浮肿,尿少色黄,舌红苔薄黄,脉浮滑而数。治宜辛凉解表,清宣肺热以利水。方用银翘越婢汤(自拟经验方):麻黄 6—15g,生石膏 15—30g,甘草 4.5—6g,生姜 6—9g,大枣 6—8 枚,金银花 15—30g,连翘 12—18g,牛蒡子 6—9g,桔梗 6—9g。

1.3　急性肾炎早期见疮毒表证,如皮肤红肿,或生疮疖、湿疹,或喉蛾、发颐,发热憎寒,颜面及全身浮肿,口渴尿少,舌红、苔薄黄或黄腻,脉浮而滑数。治宜清透疏表,宣肺解毒以利水。方用《伤寒论》麻黄连翘赤小豆汤:麻黄 6—15g,连翘 15—30g,赤小豆 30—45g,杏仁 9—15g,桑白皮 15—30g,甘草 6g,鲜生姜 9g,大枣 5 枚。

1.4　急性肾炎早期见阳虚表证,如恶寒无汗,无热或微热,面色㿠白,四肢不温,颜面及全身浮肿,尿少不渴,神疲食少,舌淡、苔薄白或白腻,脉浮细迟或沉缓弱。治宜温经助阳,宣肺解表以利水。方用《金匮》麻黄附子汤:麻黄 9—15g,熟附子 6—12g,炙甘草 6—9g。

1.5　以上各证若病甚服药汗出不畅,或不得汗,宗《内经》"渍形以为汗",可配合葱浴疗法,用红皮葱根茎(带须)500g,水煎两次置浴盆,患者坐其上,以被单或塑料薄膜围盖齐颈,借热气蒸浴促使发汗,提高药效。

2. 健脾补肾是急性肾炎恢复期治疗的根本:急性肾炎恢复期,除少数病人无自觉症状,仅为尿

检异常外，大部分患者仍有轻度浮肿，食少倦怠，腹胀便溏，腰腿酸软，畏寒肢凉，舌淡苔白，脉细濡或沉弱等脾肾两虚之证。老师认为，早期治疗固然重要，恢复期的辨证论治亦不能忽视前者宣肺解表，祛邪利水，以治标为主，治标易伤正气；加之外邪伤肾，水湿困脾，乃致脾肾两虚，正气不足，故后者治当健脾补肾为主，使脾气健运，水得其化，而收治病求本之功。恢复期临床表现有偏于脾虚或肾虚的不同，治疗时应有所侧重。

2.1　急性肾炎恢复期症见轻度浮肿，小便不利，脘闷腹胀，纳少便溏，舌淡、苔白腻，为脾虚气弱，水湿不运。治宜健脾利水。方用五苓五皮饮(自拟经验方)：白术15—30g，桂枝3—9g，猪苓6—9g，泽泻6—9g，茯苓(或茯苓皮)15—30g，桑白皮9—15g，陈皮6—9g，生姜皮3—6g，大腹皮15g。

2.2　急性肾炎恢复期症见下肢浮肿，尿少便溏，神疲倦怠，腰腿酸软，畏寒肢凉，舌淡有齿痕、苔白润滑，脉沉细弱或迟，为肾阳不足，水气不化。治宜温阳化水。方用《伤寒论》真武汤：茯苓15—30g，白术15—30g，炒白芍9—15g，熟附子6—9g，生姜9—15g。

2.3　急性肾炎恢复期仅见尿检异常，自觉症状消失，可从体质辨证治疗。素体脾虚气弱，或病后体虚未复，以健脾益气为主，方用《小儿药证直诀》异功散：党参(或太子参)9—15g，白术9—15g，茯苓9—15g，陈皮6—9g，炙甘草6g。素体肾阴不足，或病后舌红、少苔，脉细弦，以补肾滋阴为主。方用《小儿药证直诀》六味地黄丸。素体肾阳不足，或病后舌淡、苔白，脉沉弱，以补肾助阳为主。方用《济生》肾气丸。

3.利水消肿，贯穿于急性肾炎治疗的始终：急性肾炎早期浮肿明显，在宣肺解表同时，配伍利水消肿药，能提高疗效，缩短病程，是祛邪治标的主要手段，恢复期浮肿减轻，根据脾肾两虚不同情况，在健脾益气或温肾助阳中，加入利水消肿药，相辅相成，是治病求本的重要方法；即使恢复期浮肿完全消退，并不等于水湿余邪已尽，若纯用补益扶正，难免助湿留邪，此时佐以利水消肿药，既杜邪气留连之弊，又可善后以巩固疗效。老师在本病阶段性辨证论治中，所用方药均体现这一治疗原则。所以，利水消肿，贯穿于本病治疗的始终。

对于利水消肿药的选择，除以上各方配用者外，老师喜用鲜白茅根、丝瓜络、通草、灯芯、益母草等甘寒清淡之品，可根据病情需要加入以上方中。另外，急性肾炎早期治疗后，肿势削减，表邪已去，而里邪未除，不宜宣解过剂，宜用验方：鲜白茅根60—120g，丝瓜络30—60g，灯芯6—9g。服用10—30天，每获佳效。

4.病案举例

例1：薛某，女，15岁。面目浮肿，恶寒发热，头痛无汗，小便短赤1天，次日浮肿加重，下肢亦肿，指压凹陷不起，舌淡红、苔薄白，脉浮紧。尿常规：蛋白(+++)，红细胞(+++)，体温38℃，血压17.3/ 12kPa。诊为急性肾炎。证属风寒束表，肺卫郁闭，风水泛溢。治当辛温解表，宣肺利水。方用麻桂五皮饮加味：麻黄、桂枝、陈皮、杏仁各6g，茯苓皮、大腹皮各15g，桑白皮9g，丝瓜络30g，生姜皮、甘草各3g。2剂。水煎服。药后遍身微汗，恶寒发热、面目浮肿消退，但下肢轻度浮肿，舌淡、苔白，脉缓。二诊治宜健脾理气，通阳化水，方用五苓五皮饮加味：白术、茯苓皮各15g，桂枝、生姜皮各3g，泽泻、陈皮各6g，桑白皮、猪苓各9g，白茅根30g，3剂。三诊下肢浮肿消退。小便通利，尿检正常，嘱服六味地黄丸善后。

例2：李某，男，13岁。10天前咽喉肿痛，发热微恶寒，头痛，流黄浊涕，服抗菌、解热药未见好转，继而面目浮肿，渐及全身，尿少色黄，舌淡红、苔白根部薄黄，脉浮滑微数。尿常规：蛋白(++)，红、白细胞(+)。诊为急性肾炎。证属上焦风热，肺卫郁闭，风水泛溢。治宜辛凉解表，清宣肺热，利水消肿。方用银翘越婢汤加白茅根、银花、连翘、生石膏各15g，麻黄、牛蒡子、桔梗、生姜各6g，白茅根30g，甘草4.5g，大枣6枚。2剂，水煎服。二诊寒热除，小便多，全身浮肿显著消退。续用上方2

剂，麻黄减为3g。三诊咽不疼，全身轻度浮肿，舌苔转黑、且滑润，脉浮细滑。此体虚肾色外露，病机寒化之象。治宜温阳化水。方用真武汤：茯苓18g，白术12g，炒白芍9g，熟附子3g，鲜生姜6g。连服5剂。四诊病情稳定，脉细弱渐有数象，拟健脾利水。方用异功散加味：白术、太子参、通草各1g，茯苓15g，赤小豆、丝瓜络各30g，陈皮、甘草各6g。3剂。五诊舌脉正常。嘱继服六味地黄丸善后。

例3：赵某，女，16岁，5天前左颊角发颐，局部红肿疼痛，全身憎寒发热，诊为流行性腮腺炎，经治疗3天后肿消热解。停药2天出现面目浮肿，渐及全身。尿常规：蛋白(＋＋＋)，红细胞(＋＋)，可见管型，血压18.7/ 12.5kPa。诊为急性肾炎。证属热毒在表失宣，肺卫郁闭，内侵入里。治当清透疏表，宣肺解毒，利水消肿。方用麻黄连翘赤小豆汤：麻黄、杏仁、鲜生姜各9g，连翘、桑白皮各15g，赤小豆30g，甘草6g，大枣5枚。3剂。水煎服。药后头、身、足遍身汗出面润，面目浮肿消退，下肢微肿，脉滑数。宣解不宜过剂，二诊更用验方：鲜白茅根120g，丝瓜络60g，灯芯9g。10剂，水煎服。三诊下肢浮肿尽退，面色红活，食欲增加，尿检正常，拟用六味地黄丸加减：熟地、女贞子、山药、茯苓各9g，丹皮、泽泻各6g，白术18g。7剂。后再用六味地黄丸善后。

例4，薛某，女，56岁。半年前患“急性肾炎”迁延未愈，近感冒加重，由面、足浮肿累及全身，住院治疗2周未见好转。诊见全身高度浮肿，按之没指，肚腹臌胀，少尿便溏，神疲纳减，恶寒无汗，舌淡、苔白、脉沉弱。证属阳虚表闭，水气不化。治当温阳利水，宣肺解表。方用麻黄附子汤：麻黄15g，熟附子12g，炙甘草9g。2剂，水煎服；配合葱浴疗法：红皮葱根茎(带须)500g，水煎两次置浴盆中，令患者坐其上，被单围至齐颈，借蒸浴以助药力。二诊得知服药及浴后，身汗徐徐透出，恶寒消除，小便渐畅，水肿大减，脉转沉缓，继用麻桂五皮饮：麻黄、桂枝、陈皮、生姜皮各9g，茯苓皮、大腹皮各30g，2剂。三诊上方加白术30g，续服3剂。四诊肚腹臌胀已除，唯面、足轻度浮肿，用五苓五皮饮加味：白术、茯苓各30g，桂枝、猪苓、陈皮各9g，大腹皮、桑白皮各15g，生姜皮、鸡内金各6g。稍事化裁连服16剂。五诊浮肿渐消，饮食、二便、精神俱佳，先用《济生》肾气丸(改汤剂)加白术服4剂，后服《金匮》肾气丸10盒病情稳定。

(柴瑞霁)

王为兰　　遣方用药初探

王为兰教授常说："治病如同作战。作战要调兵遣将，治病须遣方用药；作战有战略部署，治病有治疗方案。"祖国医学的特点是整体观念和辨证论治，它是中医诊治疾病的基本原则。只有辨证准确，才能合理遣方，恰当用药，疗效才会显著，否则便会适得其反。王为兰教授，在六十多年的行医实践中，以治疗痹证著称。其临证时，既遵循圣贤先哲的理论方法，又敢于大胆探索创新，尤其是在遣方用药方面走出了一条独具特色的新路子。

对辨证的独到见地

辨证是用药的前提和依据，以痹证为例，略谈王教授在辨证方面的特点。

辨证就是"分"，辨证的过程是对疾病分类的过程，没有分则无以谓辨，他对风湿痹证的辨证中，先将其分为急性风湿，慢性风湿两大类。进而他又结合个人的临床经验，运用温病卫、气、营、血的辨证理论法则，将急性风湿分为先兆期与发作期两个阶段。再将发作期分为热重于湿，湿重于热，湿热阻络等型。将慢性风湿分为虚、实两种类型，并进一步将实证风湿分为风胜、寒胜、湿胜、血瘀等型；而将虚证风湿分为肝肾双亏，气血俱虚、阴虚化热、阳虚寒凝等类型。在临床上，王教授对多种疾病除做到清寒热虚实、细分各种证型之外，还注意分辨是因虚致邪，还是因邪致虚，是风寒化热，还是热邪转寒，详审其邪正虚损情况，审定它在疾病进程中所占比例。由于辨证准确，就为科学地遣方用药提供了可靠的依据。

遣方灵活多变

经过精确细致的辨证分型及立法之后，便进入遣方用药阶段。王教授认为，方虽固定，病则多变，故治病要活，处方要变，用药在准。他在临床上，即便是在辨证分型，立法处方确立之后，也从不墨守陈规，对于经典方剂与经验方剂亦要精选而用。

如《备急千金要方》中的独活寄生汤，常用于治疗各种痹证。他认为，该方确实具备温补肝肾、益气养血、祛风除温、温经散寒之功。但是，他从不生搬照抄某一方剂，而是根据病情做必要细微的变化，故而收效甚好。对于男性患者，本着"男子以气为主"的原则，着重补气。方中原用四君去术，而王老却加重白术用量，补气兼能健脾燥湿。他又多用黄芪而易党参，因为党参品种繁多，质量差异较大，难以把握；而黄芪乃补气药之长，补气作用全面，既可内补脏腑之气，又能益卫固表，生用为多，见效亦速。佐陈皮，使黄芪补而不滞，增强疗效。另外，茯苓用量宜小，亦是王教授的经验。上药补中益气，营运中州，旋转自如，诸脏得利，气虚得补。对于女性患者，本着"女子以血为用"原则，侧重用四物汤。重用川芎，功在活血又可祛风，且与地、芍相伍，补而不滞。原方中地黄用生品，生地凉血，而熟地补血填精力强，故改为熟地，使血虚得治。这样集中体现了对男女治病有别。方中用杜仲补肝肾，强筋骨，因杜仲为木本皮类药材，药源不广，他用川断、狗脊、仙茅、仙灵脾代之，有同功之妙。如腰腿刺痛用川断；脊背酸痛选狗脊；肾阳不足，寒湿盛者，用仙茅、仙灵脾，温肾壮阳、祛寒除湿。对

于老年兼见肾虚便秘者，常选肉苁蓉，补肾助阳，润肠通便，但用量宜多。原方桑寄生确是入肝肾良药，既补肝肾除风湿，又强筋骨安胎。但因其寄生宿主植物较多，品种混乱，常影响疗效，故可以菟丝子、枸杞子代替。方中用桂心温经散寒、通行血脉，王教授临床时根据症状常以药源广博的桂枝代替之。如病在四肢，用桂枝行里达表，温通一身阳气，流畅血脉，疗效优于桂心。独活寄生汤中的祛邪药以独活为先，但王教授不拘泥于独活，有时也有羌活代之。二活效似，皆为祛风湿、散寒邪、止疼痛之良药，但羌活辛温燥烈发散力强，善于治表治上；独活微温辛散力缓，善于治里治下。故上肢疼痛明显者，多改用羌活。王教授用防风治全身窜痛时，常配四物汤，以防温燥过甚耗伤阴血，体现了"治风先治血、血行风自灭"的古训。方中细辛外散风寒，内祛阴寒，兼可止痛，他经常用 3g 治疗关节及肌肉酸痛，10g 治寒痹剧痛，认定证属寒湿，15g 方能祛寒止痛。此法屡试屡验，但必须逐渐加量。这里，王教授并不为"细辛不过钱"之所囿。更值得一提的是，他把威灵仙加入独活寄生汤中，与秦艽相伍，既可加强祛风湿止痹痛之功，又无温燥伤阴之弊；如见肢体麻木疼痛者，用之更佳。

用药独具匠心

王教授临证时，不仅辨证准确，遣方灵活，而且用药也有独到之处。除剂型随证而定、巧用虫类药与反佐药、偶用相反药之外，最有见地者有四点：

1. 动静结合　他在《内经》"阳生阴长"，"阴阳互根"及"阳不独立，得阴而后成"，"阴不自转，得阳而后行"理论的启发下，结合自己的临床实践，悟出一个道理：人体是一个阴阳协调的有机整体，医生治病，就是使失衡的阴阳双方恢复正常。所以，临床治病并非热病用寒药，寒病用热药，虚证用补药，实证用泻药就能把病治好，还必须从整体出发，温凉并用，动静结合，补泻相配，才能使阴阳协调，治愈疾病。

比如治疗寒证，在用麻黄、细辛、桂枝、乌头等温热药经散寒的同时，常配生地、白芍、生甘草等甘凉之品以缓之。如此热凉相伍，既不失该方温经散寒之主效，又不致温燥太过而伤阴助热。同样，治疗热证，在"热者寒之"原则指导下，应用寒凉药清热的同时，常稍佐几味辛温之品，如银翘加芥穗、白虎加桂枝，既可使凉药直达病所，发挥其清热解毒之功，又可防止寒凉过甚，邪气凉伏。使用补益药则更是如此。如治疗气虚证，用补中益气汤中有当归；治血虚证，用当归补血汤中有黄芪，均取气血同源互生、气能生血，血能载气之理。而补气养血之品多为静药，如纯用之，则易使气血壅滞，疗效欠佳，故又在补气方中配少量生姜、陈皮等辛温发散温通之药。王教授认为，黄芪、党参等药虽为补气佳品，但如不能与辛温通行之药同用，则所补之气为"死气"，非但不能被人体利用，有时还会阻滞气机，加重病情。治疗阳虚证，用附子、肉桂温补阳气的同时，配熟地、山药、丹皮等养阴泻浊之品。其理在于"善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷"。在用龟版、熟地、白芍等养阴之品治阴虚证时，常用干姜、陈皮等辛温升散之动药，则取"阴得阳升，则泉源不竭"之意。另外，他还常用温补和阳、散寒通滞的阳和汤治疗一种寒痹证，使麻桂得熟地，通络而不发表；熟地得麻桂，补血而不腻膈。

总之，王教授临证用药重视整体观念，做到了补中有泻，泻中有补；清中有温，温中有清；燥中有润，润中有燥；升中有降，降中有升；发中有收，敛中有散。如此则补不过滞，攻不过量，温不过热，清不过寒，燥不过枯，润不过腻，汗不过散，收不过敛，升不过亢，降不过沉；使用阴阳协调，动静结合，常能收到药到病除之效。

药量轻重相宜

王教授在药物的用量上也很讲究。他常说："治病的秘诀在于量，且药量不在大而在适当。"药物

剂量大小不同，不仅疗效差异较大，而且所治病证也不尽相同。他又说："在剂量的使用上，尤如测绘工作一样，差之毫厘，失之千里。"他在长期实践中创造了许多经验方，有自己一套治病绝活。如生姜2g降逆止呕，3g调和营卫，10g温阳利水；白芷3g治头痛，6g治关节痛，10g治三叉神经痛；白芍养血敛阴，一般用量10—12g，但解痉止痛则可用30g；水蛭为破血消瘀峻药，人多惧之，而王教授却善用其治疗多种瘀血证；在用量上也经常是因人因证而异；治新患瘀血症仅有1.5g，而治陈旧性的离经败血则用30g以上。

重视引经药

引经药有引经报使的作用，可引药直达病所。王教授临床十分重视引经药的应用，此处以痹证为例，略谈他在这方面的经验。上肢痹痛偏寒者用桂枝，偏热者用桑枝。下肢痹痛湿邪偏胜，肿胀疼痛者，用木瓜、防已、牛膝；湿热偏盛而见红肿疼痛者，则用苍术、黄柏、川牛膝。腰部疼痛，偏肾阴虚者用熟地、枸杞、菟丝子；偏肾阳虚者，用狗脊、川断、炒杜仲。项背疼痛属风热者，用葛根；属阳虚者用鹿角霜；属风湿者，常用片姜黄、羌活；下肢乏力用千年健、怀牛膝，等等。

常用对药

用药之妙莫如加减，用药之难亦莫如加减，而用药加减之难，难就难在选药配伍之上。王教授在这方面很有功夫，特别是在临床实践中的对药的使用，更值一提。

川乌、附片皆为大辛大热之品，可逐在里之寒湿。附子温经散寒之力优于川乌，通痹止痛之功弱于川乌。二药全用，其效大增，常用于顽固性寒湿痹证，肢体冷痛，阴寒内盛之心腹寒痛之证。

川乌、草乌均能祛风散寒，逐湿止痛。但川乌人工种植，性缓毒小，止痛力缓；草乌野生，毒性大，止痛力亦大。二药全用，治诸药不能止之寒湿痹痛尤佳。

川乌、草乌、附子三药合用，温经散寒通络止痛之力颇强，可治剧烈冷痛，但辛热燥烈有毒，须配生甘草缓之，兼可解毒。

千年健、追地风均可治风湿痹痛。千年健能强筋健骨，追地风能活血祛风，合用治下肢无力，自觉冒风，疼痛怕冷而不肿者。

鹿角胶、龟版胶均为血肉有情之品，皆可补益阴阳、填精补血。但前者善补肾助阳，通达督脉；后者善补肾阴，通调任脉；合用补阴助阳，功效显著。其他如土茯苓配白藓皮，清热除湿能降血沉；山甲配皂刺，消肿散结、缓解关节僵直；茯苓皮配川草薢清热利湿，消关节肿胀等等皆是。

（李文芳）

查玉明　　辨证分型治疗糖尿病 209 例临床疗效分析

糖尿病是危害人类健康较严重的一种常见病，其发病率较高，有日益上升的趋势。近些年来以糖尿病进行临床研究取得很大进展。本文通过医疗实践审证求因，根据本病的临床表现分为五个证候。统计近两年在门诊分型论治糖尿病 209 例，取得较好的疗效，报告如下。

临床资料与方法

一般资料　治疗 209 例中，男 102 例，女 107 例，年龄最小 12 岁，最大 75 岁，其中 12 岁—30 岁 6 例，31 岁—50 岁 72 例，51 岁—70 岁 126 例，70 岁以上的 5 例，病程最短 1 个月，最长 20 年。伴有高血压病 15 例，肾炎 18 例，神经炎 53 例，外阴炎 15 例，白内障 8 例，高血脂 13 例，尿道炎 12 例，脑血栓 5 例，酮中毒 8 例。

表 I　　治疗前空腹血糖情况

空腹血糖值	6.1—11mmol/L	11.1—16.6mmol/L	17—22.5mmol/L	23mmol/L	合计
例数	57	111	35	6	209

治疗前有 25 例曾用过胰岛素，其它大部分服用过优降糖，消渴丸，达美康等药物。

诊断标准　参照卫生部《新药(中药)治疗糖尿病临床研究指导原则》作如下标准：① 既往有糖尿病诊断的病史；②按氧化酶法检查空腹血糖超过 6.0 毫摩尔以上者；③具备消渴证候(多食，多渴，多尿，消瘦)等症状明显者。

中医辨证　①燥热型：三多症状明显，空腹血糖增高，尿糖阳性。②湿热型：除空腹血糖增高、尿糖阳性外，阴痒明显，形体肥胖，口干不欲饮，兼有肢节酸痛者。③正虚型：除空腹血糖增高、尿糖阳性外，三多症状不明显，但消瘦乏力，汗出口干明显者。④气虚血滞型：除空腹血糖增高、尿糖阳性外，形体消瘦，舌质黯、有瘀点或瘀斑，舌下络脉青紫或散在点状瘀斑，兼有肢麻，肢凉，肢痛者。⑤阴阳虚衰型：除上述共有症状外，形寒怕冷，浮肿，多伴有并发症或有酮中毒征象者。

治疗方法　各型主治及方药

1、燥热型：证属阳明燥化，燥热内燔。主治：泻热滋阴。以白虎汤、大补阴丸为基础方，加花粉、山药、玉竹、玄参。

2、湿热型：证属太阳湿化，湿热内蕴。主治：清热化湿养阴。以甘露饮为基础方，加胆草、黄柏、公英、花粉。

3、正虚型：证属久病致虚，耗阴伤液，气阴两损。主治：益气养阴扶正。以生脉饮、六味地黄丸为基础方，加枸杞子、生黄芪。

4、气虚血滞型：证属久病入络，耗伤营血，气虚血瘀。主治：益气养血，化瘀通络。以丹红四物汤

为基础方，加太子参、生黄芪、鸡血藤、桂枝、细辛。

5、阴阳虚衰型：证属阴损及阳，精气被夺。主治：调补阴阳，温养气血。以复方二仙汤加减。处方：仙茅、仙灵脾、巴戟、当归、黄柏、熟地、枸杞子、黄精、山药、太子参、丹参、菟丝子。

辨证加减　口干少津者加玄参、石斛；肢端麻痛加鸡血藤、红花、细辛；外阴搔痒加公英、黄连；尿道灼热加龙胆草、栀子；皮燥发痒加首乌、蝉蜕；大便稀塘加山药、莲肉；大便干燥倍加当归、首乌、火麻仁；形寒肢冷加黄芪、仙灵脾、桂枝；心胸闷痛加丹参、葛根；目昏不明加菟丝子、沙苑子。

服法　每日1剂，服中药期间，停用治疗消渴病的一切西药。主食每日不超过180—210g。每4—6周复查1次空腹血糖和尿糖。最短服药6周，最长服药25周。

结果与分析

疗效判定　参照卫生部《新药（中药）治疗糖尿病临床研究指导原则》为判定疗效标准的依据。显效：临床症状基本消失，空腹血糖降至正常，尿糖阳性。有效：临床症状明显改善，空腹血糖接近正常（血糖降至7.0mmol/L以内）。尿糖（＋）。无效：经3个月以上治疗，临床症状有改善，血糖、尿糖检查均未达到上述标准者。

治疗效果　总有效171例，其中显效64例（占30.62％），有效107例（占51.20％），无效38例（占18.18％），总有效率为81.82％。

血糖的变化　本文209例均为系统观察治疗，资料完整，血糖检查为3次以上。用药后第6周，较用药前血糖值下降3.7mmol/L，经统计学处理，差异非常显著（P＜0.001）。用药后第12周比第6周下降1.85mmol/L，差异亦非常显著（P＜0.01）。用药后第18周又比第12周下降0.65mmol/L，差异亦显著（P＜0.025）。说明用药后血糖值是随着疗程依次递降。而用药初期的下降数值，较其它时期稍大一些。见表Ⅱ。

表Ⅱ　　209例治疗后血糖场值的变化

	I	差　值	P　值
用药前	15mmol/L		
六　周	11.3mmol/L	3.7mmol/L	〈0.001
十二周	9.45mmol/L	1.85mmol/L	〈0.01
十八周	8.8mmol/L	0.65mmol/L	〈0.025

各型与疗效分析　燥热型、湿热型、正虚型的效果较好，经统计学处理，三型间疗效无显著差异（P＞0.05）。气虚血滞型、阴阳虚衰型不如前者效果好。

病例简介

例1　邓某，男，64岁。患糖尿病已10年。曾服降糖灵、优降糖等药，血糖、尿糖降升反复，症状时轻时重，近1年来明显加重。症见消谷易饥，多饮，多溲，乏力，活动汗出，大便干燥。面萎黄，形瘦，舌质红干、少津，脉弦细。空腹血糖25.4mmol/L，尿糖＋＋＋＋。证系阳明火炽，燥热内燔，伤津耗液。属燥热实证，治以泻热滋阴润燥，养阴增液。方用白虎汤、大补阴丸化裁，取苦寒胜热，甘苦化阴之意。处方：生石膏50g，知母15g，甘草10g，山药25g，黄柏25g，二地60g，麦冬30g，玄参10g，枸杞子20g，玉竹25g，石斛20g，黄芩10g。服药6周后，三多症状明显好转，体力逐渐恢复，血糖下降至17.0mmol/L，尿糖＋＋。但仍觉汗出乏力，腰膝酸软。按前方减黄参、生石膏30g，加怀牛膝25g，五

味子 15g，菟丝子 20g 继服。又服药 6 周，血糖降至 15.6mmol/L，尿糖+，症状明显好转，体重增加，虚衰改善，舌干转润，脉象和缓。继服上方，又服药 1 个疗程，血糖正常(5.8mmol/L)，尿糖阴性。汤剂改丸剂继服，巩固疗效。随访 1 年未再复发。

例 2，李某，女，54 岁。素有高血压病史。糖尿病已 3 年。曾服消渴丸、优降糖等药，病情时好时发。近半年来症状加重，阴痒明显、尿道灼热感，口干不欲饮，关节酸痛，乏力汗出，大便稀溏。体胖，面色晦黄、无华，舌质绛，苔灰黄、少津，舌下络脉瘀血，脉象弦缓。空腹血糖 15.1mmol/L，尿糖++ +。证系素有湿热内伏，郁久化热下注，致阴痒灼热；湿盛口干不渴，大便溏，羁留关节则酸痛。此乃湿热内蕴证。治以清热化湿甘露饮化裁。处方：生地 25g，天冬 15g，麦冬 30g，石斛 20g，茵陈 20g，公英 25g，黄连 10g，枸杞 25g，山药 25g，苍术 15g，车前草 20g。水煎。每日 1 剂。服药 6 周。症状改善，阴痒消失，复查血糖 10.8mmol/L，尿糖+。仍觉乏力，易汗出，腰膝酸软。系病程较长，精气耗伤，气阴两虚。治宜清化，兼以益气扶正。仍宗前方减茵陈、公英，加太子参 25g，生黄芪 40g，五味子 10g，怀牛膝 15g。随症略有加减，继服药 4 周，血糖复查降至正常(5.9mmol/L)，症状基本消失，体力恢复，上班工作。

体 会

本病属于祖国医学消渴病范畴。其发病机理，始于阴虚引起燥热，阴虚重点在肾，是其本；燥热表现在胃，是其标。阴虚则火旺，火旺则阴益虚。热之极由于阴之虚，而阴之虚又加重热之甚，二者互为因果。

少阴为水火之脏，阴阳之宅，易从寒从热。邪从热化，烁阴损液，阴虚火旺，使肾关开合不利，则多溲，阳明为燥土之府，易从燥化，胃火炽盛，则消谷善饥；肺津不足则口渴。本病初期三多症状明显，故名消渴。

认识来源于实践，通过 209 例的临床治疗，本病发展演变规律，始于阴虚燥热内燔，或湿热内蕴之实证。迁延日久，因病致虚，正不胜邪，阳气衰微，转化为阴阳虚衰之重症，或血行迟滞，脉络瘀阻虚中挟实症。说明本病变化规律是由实转虚。本病多见五个证候，做为分型的基础。

在治疗上本着经旨，按实者泻之；热者清之；虚者补之；损者益之；瘀者消之的理论分型论治。分型不失于辨证，"证"是分型的基础，"型"是辨证的依据。在病变的不同发展阶段，反映出不同的临床证候，实践证明分型论治效果是肯定的。

(张德福)

龚子夫　对肝病的诊察经验

龚子夫主任医师临床治病特别重视四诊，除常规诊法外，对不同的疾病，又有其独特的一套诊法。在诊察肝病时，着重望眼巩膜斑点，手、足、耳上的色泽及瘀斑、舌上瘀斑瘀线及舌底静脉血管球，切诊还重视触压肝区及有关腧穴等。下面按老师的诊法对300例肝病患者的有关诊察结果报告如下。

资料与方法

临床资料　肝病患者300例，其中肝癌100例，肝硬化100例，慢性肝炎100例，健康对照者100例。患者皆为我院门诊或住院病人，均经CT扫描，B超，AFP及有关生化检查确诊。年龄在12—68岁之间，男195例，女105例。对照组为患者家属及其他健康志愿者。

诊察方法

1. 望诊　望眼、舌、手、足、耳及腹壁。眼主要是望巩膜斑点及小血管；舌是望舌质、舌苔和舌底小血管球；手指甲、指和掌的色泽、瘀斑及爪上月线；足趾甲、掌色泽，皮肤角化及灰趾甲；耳廓肝区、肝炎点Y2、Y3、Y4的变形变色；望腹形、色。

2. 切诊　除切脉外主要是肝脏的触诊及腧穴的压诊(因压诊难于定量，故在穴位压诊后再测穴位皮温及电)。触压分级：患者有酸胀痛感为(＋)，皱眉为(＋＋)，不可忍为(＋＋＋)。所有仪器为我院和南昌航院协作研制的多功能经络信息诊疗仪。

结　果

眼诊主要是将眼巩膜按后天八卦分成八区，观察各区瘀点、瘀斑所在的部位及多少，如表1所示(正常人简称X_1，慢肝为X_2，肝硬化为X_3，肝癌为X_4。下同)

表1　　眼诊情况对照表(%)

	乾	兑	伸	离	巽	震	艮	坎
X_4	30	20	70	85	90	20	60	80
X_3	15	10	60	70	70	10	25	45
X_2	0	5	25	25	35	0	15	25
X_1	0	0	0	5	5	0	0	0

如上所见，各种肝病和正常人之间经方差分析有显著差异。经Q检验多重比较，肝癌、肝硬化与慢肝之间有显著性差异。

舌诊，主要是观舌质、舌苔和舌底血管球，结果如表2所示。

表 2　　　　　舌诊情况对点表(%)

	舌质				舌苔			舌底血管
	暗	深红	瘀点	瘀线	黄	厚	腻	
X_4	84	16	98	95	25	28	47	82
X_3	80	0	90	90	0	45	60	95
X_2	55	0	75	60	0	15	25	80
X_1	0	0	5	0	0	0	0	5

如表 2 所见，肝病患者 50%以上有舌暗，60%以上有瘀点和瘀线，80%以上古底有血管球，而正常人变化甚少或无异常。经方差分析各种肝病与正常人之间有极显著差异。经 q 检验多重比较，各种肝病之间无显著性差异。

腹诊是观察皮肤的色泽，形态和腹壁静脉，如表 3 所示。

表 3　　　　腹诊情况对照表(%)

	腹壁色泽		腹形			腹壁静脉	
	无光泽	甲错	膨隆	蛙腹	移动浊音	怒张	回流障碍
X_4	76	15	91	34	40	85	65
X_3	100	20	100	65	100	95	90
X_2	55	0	0	0	0	0	0
X_1	0	0	0	0	0	0	0

如上表所见，肝癌、肝硬化 80%以上腹壁无光泽或甲错，腹形膨隆有腹水，腹壁静脉怒张有回流障碍。慢肝病人 55%腹壁无光泽。而正常人均未见异常。经方差分析，肝病患者与正常人之间有极显著差异。经 Q 检验多重比较，肝癌、肝硬化与慢肝之间有显著性差异。

手、足是望手指掌色暗，瘀斑及爪月线；足趾、爪及掌色泽、灰趾甲；足皮肤角化，结果如表 4 所示。

表 4　手、足诊情况对照表(%)

	手			足		
	色暗	无月线	瘀斑	色暗	角化	灰爪
X_4	100	85	90	100	90	60
X_3	90	70	65	90	60	30
X_2	60	30	30	60	25	15
X_1	0	50	0	0	0	5

由上表可见，肝病患者大多数手、足色暗；肝癌和肝硬化患者手大多有瘀斑，指甲无月线；肝癌 60%以上有足皮肤角化和灰趾甲，正常人则无异常。经方差分析，正常人和肝病患者有极显著差异。经 Q 检验多重比较，肝癌与慢肝之间有显著差异。

耳诊是观察耳廓肝区，肝炎点，y_2，y_3，y_4，区的变形变色及在压诊基础上测皮电值，结果如表 5 所示。

表 5　耳诊情况对照表(%微安)

	肝区			肝炎点			y_2			y_3			y_4		
	变形色	压诊	皮电	变形色	压诊	皮电	变形色	压诊	皮电	变形色	压诊	皮电	变形色	压诊	皮电
X_4	56	+++	45+5	40	+++	45±5	0	+++	50±5	55	+++	45±5	0	+++	45±5
X_3	0	++	30±5	40	+++	45±5	0		15—5	0	+	15±5	0	++	20±5
X_2	0	+	20±5	40	+++	45±5	0	--	0	0		0	0	—	0
X_1	0	-	0	0	--	0	0		0	0	—	0	0	—	0

由上可见肝病患者肝区和肝炎点有压痛及电位变化。肝癌肝区、Y3 有变形变色，y2 有电变化，而其他肝病则无。正常人均无异常。经方差分析正常人与肝病者之间有极显著差异。经 Q 检验多重比较，除肝硬化与慢肝之间外其余两两之间均有显著性差异。

腧穴诊是用指压肝腧、期门、大郄、中都、肝炎点等双侧同名穴的皮温差及皮电差，结果如表 6 所示。

表 6　俞穴诊情况对照表(℃，微安)

	肝俞			期门			大郄			中都			肝炎点		
	指压	温压	电压	指压	温差	电压	指压	温差	电压	指压	电压	电压	指压	温差	电压
X_4	+++	>1.5	30±5	+++	>1.0	20±5	+++	>1.0	30±5	+++	>0.5	20±5	+++	>1.0	20±5
X_3	++	>0.5	15±5	++	>0.5	10±5		0~0.5	5±5	++	>0.5	15±5	++	>0.5	15±5
X_2	+	0~0.5	10±5	+	0~0.5	5±5	—	0	0	+	0~0.5	5±5	+++	>1.5	20±15
X_1	—	0	0	—	0	0	—	0	0	—	0	0	—	0	0

如上所见，正常人腧穴无压痛，双侧穴位皮温、皮电平衡；而肝病患者腧穴有压痛，双侧穴位皮温、皮电失衡；而肝癌患者大郄穴有压痛，皮温、皮电失衡；而肝癌患者大郄穴有压痛，皮温、皮电失衡，其他肝病侧无变化或变化甚微。经方差分析正常人和肝患者之间有显著性差异，经 Q 检验多重比较，各种肝病两两之间均有显著差异。

讨论

中医学认为，人体内脏有经络穴位与体表相通，内脏有病可以通过经络穴位反应到体表来，所以，只要我们认真细致的诊察检查就可以发现人体是否有病，病在何处。故中医学的"望而知之谓之神，闻而知之谓之圣，问而知之谓之工，切而知之谓之巧"之说是非常有道理的。

从望诊看肝病患者有眼部瘀斑，手足指(趾)及掌色暗，这是肝血瘀阻不能上营于目及下营于四末之故。手指甲无月线，足趾灰甲是血不养筋之故。证实中医学所说肝藏血、主筋、爪为筋之余，开窍于目，内脏与体表有经络相通的实际意义。

不同肝病有不同的特异外在表现，特别是肝癌患者，从望眼部巽、离、坎 80%以上有瘀斑，巽为木，离属火，坎为水，说明肝心肾三脏瘀滞较甚；耳廓肝区 60%有变形变色，足皮肤角化、灰趾甲、手指甲无月线、指掌有瘀斑都是肝血不足，末梢循环障碍的表现。体穴大郄、肝俞、期门压痛明显，皮电>25 微安，皮温差≥1℃，耳穴 y_2 皮电大于 40 微安，与其他肝病有非常显著的差异，可作为肝癌的诊断指标之一。提示四诊对肝病的诊断和鉴别诊断提供参考。

(彭正顺)

陈克忠　　治疗高脂血症经验

数十年来，陈教授致力于老年病的研究，对于高脂血症的防治积累了丰富的经验。他认为，高脂血症多属于中医眩晕、头痛、心悸、胸痹等范畴。其基本的病理变化为本虚标实，虚实夹杂；基本的治疗原则为标本兼顾，补虚泻实。

发病宜抓住本虚标实

陈教授强调，高脂血症的发病虽然错综复杂，但宜抓住本虚标实这个纲。本虚，主要为肾虚，涉及脾、肝两虚；标实，是指痰浊、血瘀。

肾为先天之本，主藏精。肾精是形成人体和维持生命活动的物质基础，人的生、长、壮、老、已与肾气的盛衰密切相关。《素问・上古天真论》云："丈夫……五八，肾气衰。""女子……七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸绝，地道不通，故形坏而无子也。"中年以后，肾气随增龄而渐衰，而人体亦渐趋衰老。中老年人中医学临床流行病学的调查已初步证实，肾虚与增龄呈非常显著正相关关系。高脂血症多发于肾气渐衰之中老年人，血清胆固醇(TC)、甘油三脂(TG)、低密度脂蛋白(LDL—C)、极低密度脂蛋白(VLDL)、载脂蛋白 apoB－100 均随增龄而上升，而高密度脂蛋白(HDL)则随增龄而下降。无疑，本病的发生与肾虚衰老具有内在联系。HDL—C 具有对 TG 廓清和对 TC 的输送作用，HDL－C 含量降低，将导致血液中 TG 和 TC 的升高。许多研究初步表明，肾气盛衰与 HDL—Ch 含量相关，肾气盛则 HDL—Ch 含量高，而血脂不易升高，并且抗动脉粥样硬化能力强；反之，肾气衰则 HDL－Ch 含量低，而血脂易升高，抗动脉粥样硬化的能力弱。

陈教授认为，脂质代谢紊乱状态，可视为痰浊、血瘀。痰浊、血瘀为脏腑虚损所产生的病理产物。脾主运化，为生痰之源。脾虚失运，水谷肥甘之物无以化生气血精微，则痰浊内生。脾之健运根于肾之温养，肾虚及脾，或脾脏本虚，均可使健运失司。故《景岳全书》云："痰之化无不在脾，而痰之本无不在肾。"痰浊留滞血脉之中，致使脂质代谢紊乱。有的学者将高血脂比作为"血中之痰浊"，不无道理。以肾虚为主的多脏器虚损的衰老过程中，气化功能减退，气血失调，故血行不畅，易致血瘀。在血液流变学方面的改变是血液呈"浓"、"粘"、"凝"、"聚"状态。"浓"是指血液中化学成分的改变，血液中 TC、TG 升高，HDL—C 及 HDL/TC 比值下降，此为血瘀证血液流变学异常的重要生化基础。诚如《皇汉医学》所云："所谓瘀血者，即污秽之血液，而非正常之血液也。"肝肾同源，肾阴不足，肝失涵养，故常肝肾俱虚。肝主疏泄，"凡脏腑十二经之气化，皆必藉肝胆之气化以鼓舞之，始能调畅而不病。"肝之疏泄，以其阴血为物质基础，肝阴不足可使疏泄功能随之减退。肝失疏泄，气机不畅，则直接影响脾之运化及血脉之畅达。故痰浊、血瘀之形成，亦与肝功能失调有关。肾脾肝诸脏亏虚，痰浊、血瘀乃生，痰瘀同病，作用于机体，浸淫脉道，共同构成缺血性心脑血管疾病的危险因素。

治疗应分清标本轻重

高脂血症本虚标实，虚实夹杂。"谨察间甚，以意调之"。总以标本兼顾、补虚泻实为治则。但陈

教授强调，临床辨治，当分清标本缓急，虚实轻重，或益肾固本为主，或化痰祛瘀为主，或二者并举。

益肾固本，佐以化痰祛瘀

此为重在治本之法。患者虽血脂升高，但自觉症状不明显，病势缓，病情轻。或偶有头晕耳鸣，肢重乏力，舌淡红或暗红，苔白，脉沉弦细。此类患者以本虚为矛盾的主要方面，治应益肾填精，健脾渗湿为主，并稍佐化痰祛瘀之品。陈教授常以神仙服饵何首乌丸合杞菊地黄丸加减：制首乌30g，枸杞子15g，熟地黄20g，黄精30g，仙灵脾30g，泽泻40g，生山楂30g。以首乌、枸杞子、熟地、仙灵脾益肾填精，黄精补益脾气，泽泻助脾渗湿，生山楂消食化瘀。若肾阴偏虚，心烦失眠，口燥咽干，舌红少苔，脉细数者，加女贞子、黑芝麻，并重用熟地；肾阳偏虚，畏寒肢冷，舌淡苔白，脉沉细者，加肉苁蓉、巴戟天、制附子；脾虚偏重，脘腹胀满，倦怠乏力者，加党参、黄芪、半夏。现代药理研究证实，首乌是一味较理想的抗动脉粥样硬化药，可减少胆固醇在肠道的吸收，阻止脂质在组织沉积。枸杞子、仙灵脾均有降低血脂的作用。黄精有降低LDL的作用。泽泻能减少胆固醇原料的合成，从而影响胆固醇的合成，促进血浆中TC的运输和清除。山楂能加快对TC的清除。

病案举例　张某某，男，52岁，干部。1992年3月31日诊。高脂血症史1年，平时无不适感觉，近两周来，手足心热，两目干涩，大便时干，舌红苔少，脉弦细数。血压：13/10KPa。血脂：TC8.56mmol/L、TGmmol/L、HDL0.95mmol/L、aPOA—1　1.02g/L、aPOB—100　0.98g/L。证属肾阴不足，且累及肝阴。治宜滋补肝肾为主。处方：制首乌30g，枸杞子15g，熟地30g，女贞子15g，黑芝麻30g，黄精30g，菊花15g，泽泻40g，大黄6g(后入)。连服10剂，症状明显减轻。续服10剂，诸证悉除。复查血压13/9kPa。血脂：TC6.70mmol/L、TG1.52mmol/L、HDL1.16mmol/L、aPOA—1　1.23g/L　aPoB—1000.9g/L。

化痰祛瘀，佐以益肾固本

此为重在治标之法。患者病势急，病情较重。常表现为头晕目眩，胸闷胸痛，肢麻沉重，舌质紫暗或有瘀点瘀斑；苔滑腻，脉弦或涩。本病虽以虚为本，但痰瘀阻塞脉道的表现突出，即标实证为矛盾的主要方面。治宜利湿化痰，活血祛瘀为主，辅以益肾固本之品。陈教授常以泽泻汤、失笑散、神仙服饵何首乌丸加减：泽泻40g，生蒲黄12g，五灵脂12g，大黄6—15g(后入)，决明子30g，制首乌30g，郁金15g，生山楂30g。主以泽泻、蒲黄、灵脂、大黄、郁金利湿化痰，祛瘀行气。陈教授指出，标实证为主的患者当主攻痰瘀，痰瘀一散，诸证即可得以缓解。若胸闷胸痛者，加瓜蒌皮、丹参、赤芍；眩晕明显，肝阳上亢者，加菊花、生石决明、钩藤；口干烦躁，苔黄厚腻，痰湿化热者，加茵陈、黄芩、胆星。

陈教授根据化痰祛瘀，佐以益肾固本的原则，精心研制成优降脂胶囊，经80例中老年患者临床观察，并与脉安冲剂30例进行对照，结果发现，优降脂能显著降低血清TC、TG水平(P＜0.001)，与对照组相比差异显著(P＜0.001)；能显著升高血清HDL—C、HDL_2—C水平(P＜0.001)，与对照组相比差异显著(P＜0.001)；能显著降低aPOB－100、升高aPOA－1和aPOA－1/aPOB－100(P＜0.01—0.001)，与对照组相比差异显著(P＜0.05)。两组症状分值的变化，优降脂组为90％，对照组为70％，差异显著(P＜0.05)。药理研究表明，优降脂能明显降低大鼠和鹌鹑的胆固醇和甘油三脂水平(P＜0.01)，并使高密度脂蛋白升高，从而降低了动脉粥样硬化斑块的发生率，有效地阻止动脉粥样硬化的发生和发展，其作用强度优于脉安冲剂。优降脂还能明显地抑制高脂模型大鼠血小板的聚集率(P＜0.01)。

病案举例　陆某，男，55岁，干部。1992年3月17日诊。患高脂血症、冠心病2年余；近一个月

来头晕烦闷，心悸气短，胸痛时作，下肢沉重乏力。舌暗红，苔黄厚腻，脉弦。血压15/12kpa，血脂TC7.32mmol/L、TG4.96mmol/L、HDL0.99mmol/L、aPOA－1　1.01g/：、aPOB－100　0.9g/L，心电图T波V_{4-6}低平。证属痰瘀较甚，瘀滞脉道。给服优降脂胶囊，每次4粒，日3次。服药1个疗程(20天)，头晕已平，胸闷减轻，下肢活动渐有力，舌暗红，苔厚，脉弦。续服1个疗程，诸症基本消失，仅偶感心悸，舌暗红，苔薄黄，脉缓和。复查血压15/12kPa，血脂TC6.02mmol/L、TG3.19mmol/L、HDL1.18mmol/L、aPOA－1　1.23g/L、aPOB－100　0.82g/L，心电图提示在正常范围。

益肾固本，化痰祛瘀并举

此为标本并举之法。患者本虚证与标实证并重。常表现为头晕耳鸣，或有胸闷痛，肢体麻木，腰膝酸软，神疲乏力，舌暗红，苔厚，脉沉弦细。治宜益肾固本与化痰祛瘀并举。此法是上述两种治法的综合运用。常用方为制首乌30g，枸杞子15g，仙灵脾30g，肉苁蓉12g，黄精30g，决明子30g，泽泻40g，生山楂30g，生蒲黄12g；或临证时酌情加减。

病案举例　宋秀琴，女，48岁，工人。1992年3月20日诊。头晕耳鸣半年余，时感胸闷、四肢麻木沉重，腰膝酸软，失眠多梦。舌暗红，苔白厚，脉沉弦细。血压16/11kPa，血脂TC6.56mmol/L、TG4.72mmol/L、HDL1.01mmol/L、aPOA－1　1.12g/L、aPOB－100　0.94g/L，心电图正常。证属肾精亏虚，痰瘀滞脉，标本并重。处方：制首乌30g，枸杞子15g，仙灵脾30g，肉苁蓉15g，黄精30g，泽泻40g，决明子30g，丹参30g，炒枣仁15g。连服10剂，头晕胸闷明显改善，仍感腰酸乏力，原方加黄芪30g，续进14剂，诸恙消失。复查血压16/11kPa，血脂TC6.40mmol/L、TG2.12mmol/L、HDL1.24mmol/L、aPOA－1　1.24g/L、aPOB－1000.77g/L。

（张继东）

李裕蕃　　临床应用组药之经验

李裕蕃主任医师，全国名老中医之一，业医 50 余载，医理娴熟，遣方用药悉心推敲，有不少独到之处，尤善运用组药。现将李老应用组药的某些独特之处，简介如下。

沙参伍葛根疗久泻

慢性泄泻，临床多责之于脾胃气虚，命门火衰，情志失调。常采取健脾止泻、补肾温脾、扶土抑木等法治之，但往往不能尽其意。李师体会，久泻患者，多伴见气阴两虚，常于辨证方中加入沙参，葛根二味，每取捷效。沙参甘凉质润、益肺气，养胃阴；葛根升清阳、益脾止泻。二药相伍，益气养阴，调和阴阳，升得宜、脾运有序。例赵某，女，49 岁。腹痛腹泻 3 年，大便每日 3—4 次，间或带有粘液血便，倦怠乏力，脘腹痞闷不舒，心烦少寐，口干而不欲饮。经乙状结肠镜检、诊断为溃疡性结肠炎。历经中西药治疗，少效。舌胖晦，苔薄黄少津，脉沉滑。证属大肠湿热，损及脾阴。治以清热利湿，益脾止泻。药用消参 30g，葛根 15g，山药 20g，马齿苋 30g，天花粉 10g，黄连 10g，鸡内金 15g，海螵蛸 15g，厚朴 10g。服药 7 剂，脓血便失，大便每日一次，继以上方加减、连服 20 余剂，乙状结肠镜检、直肠、结肠血管影像清晰，无充血、水肿。

人中白伍重楼消蛋白

慢性肾炎蛋白尿一症，迁延难消。至其治疗，多囿于补肾健脾、固摄化瘀之法。李师临床体会，认为余邪留恋、湿热郁滞经络，是造成肾失封藏、清浊不分、精微外泄的重要原因之一。慢性肾炎患者、每因感冒、咽炎和乳蛾加重，而肾炎的症状和蛋白尿也加重。故清除余邪是消除肾炎蛋白尿的重要方法之一。李师善用人中白伍重楼清余邪、消蛋白。重楼有较强的清热解毒作，咽喉肿痛用之多效；人中白，具清热、降火、消瘀之功，其味咸能润下走血分入肾经。例如赵某，男，19 岁。患慢性肾炎三年。因感冒症情加重，恶寒发热，咽喉肿痛，全身浮肿，尿少，舌质红，苔薄黄，脉浮数，化验：尿蛋白(＋＋)，颗粒管型(＋＋)，白细胞 2—4/HP，红细胞 4—4/HP。证属风热袭肺，肺失宣降，水溢肌表。治以清热宣肺，活血利水。药用重楼 15g，人中白 10g，麻黄 12g，连翘 30g，赤小豆 60g，生石膏 30g，泽泻 20g，白茅根 40g，鸡内金 10g，益母草 40g，石苇 60g，水煎服，连服 6 剂，浮肿消失，尿检正常。

生地伍防己治热痹

生地功擅清热凉血、滋阴，多用于热入营血、热病伤阴。李师常重用生地伍防己治热痹，恒取辄效。认为生地治痹，古有明训，《本经》言生地“逐血痹，除痹，生者尤良”。《别录》载“生地，破恶血，通血脉”。防己，苦、辛、寒，辛散可祛痹，苦寒能除湿清热。二药相伍，具有良好的清邪热、通血脉，祛痹止痛之功。生地治痹，常用至 100—200g，防己用 15—30g。例如徐某，女，18 岁。右膝、踝关节红肿，发热，心悸。西医诊为急性风湿热，曾用强的松，阿斯匹林，肌苷等药治疗半年。关节肿痛不消，查血沉 44mm/h。求治于李师，辨证属风湿与热相搏，流注关节。治以疏风通络，清热宣痹。药用生地

200g，防己 15g，生苡仁 30g，忍冬藤 60g，苍术 15g，黄柏 15g，牛膝 15g，防风 20g，蝉蜕 15g，桑枝 30g，木瓜 10g，牛蒡子 15g，秦艽 20g，连翘 20g。水煎服，用此方加减，服药月余而愈。

桑叶、五倍子相伍治消渴

桑叶，苦甘而寒，轻清发散，常用于清泄肝、肺风热。《本草经疏》言："桑叶，甘所以益血，寒所以凉血，甘寒相合，故下气而益阴，是以主虚寒热及内热出汗。……经霜则清肃，故又能明目而止渴。"《本经》曰："桑叶补虚益气。"五倍子入肾经，酸、涩、收敛，可敛降肺火，涩精固脱。李师言："消渴之病，多表现为阴虚火旺，气阴两虚，肾气虚弱，固摄失权，肾之精微外泄。以二药相伍，可上清肺胃之热，下敛肝肾之火，益气而敛阴。"例如顾某，女，45 岁。患糖尿病 5 年，曾用多种中西药治疗，效果不显。症见肢倦乏力，多食善饥，小便频数量多，腰膝酸软，口干舌燥，舌淡苔白，脉沉细无力。化验：尿糖（＋＋＋），血糖 12.1mmol/L。证属脾肾两虚、肺胃燥热。治以滋阴清热，补肾健脾。药用霜桑叶 60g，五倍子 10g，山药 30g，麦冬 20g，五味子 10g，山萸肉 20g，淡茯苓 30g，水煎服，服药 6 剂，症状改善，尿糖（±）。继以上方化裁，服药 20 余剂，临床治愈。后以六味地黄丸善后收功。

水蛭伍天花粉治脉痹

水蛭，味咸苦腥、性平微寒，主入肝、膀胱两经。具有破血瘀，散积聚，通经脉，利水道之功。张锡纯谓"水蛭，破瘀血而不伤新血，专入血分而不伤气血。"李师多用水蛭治疗瘀血所致的各种病症。尤善用水蛭伍天花粉治脉痹。谓天花粉甘寒、清热生津、善通经络，可助水蛭通脉消瘀，二药相伍、相得益彰。其用量，常取天花粉倍于水蛭，久用无妨。例如，张某，女，65 岁，患血栓性静脉炎 3 年，曾用多种西药治疗未愈。查左小腿内侧中段有一约 $6\times10cm^2$ 大小紫色肿块，扪之灼热，并有条索状硬结，约 5cm 长，压痛。舌质晦，边有瘀点，苔薄黄，脉沉滑数。辨证属气滞血瘀，湿热蕴结。治以活血化瘀，清热利湿。药用水蛭 10g，天花粉 16g，当归 10g，川芎 10g，乳香 10g，没药 10g，桃仁 10g，红花 10g，苏木 15g，紫草 10g，丹皮 10g，石斛 10g，秦艽 3g，蒲公英 30g，水煎服，连服 24 剂痊愈。

辛夷伍丹参疗经闭

闭经是妇科的一个常见症状，李师每于辨证方中加入辛夷、丹参二味，多收卓效。《别录》谓辛夷"利九窍，通鼻塞。"李师言："辛夷习用于通鼻窍，而通经之功，鲜为所用，临床体会，其确有很好的通经作用。"现代药理研究，辛夷具有兴奋子宫的作用；丹参，有一味丹参，功同四物之称，具补血、生血、逐瘀、生新之功。二药相伍，可通闭开窍。例如王某，女，32 岁。闭经年余，妇科检查及"B 超"，子宫、附件均未发现异常。舌淡，苔薄白，脉沉细。辨证属冲任失调，经脉痹阻。治以调冲任、活血通经。药用辛夷 25g，丹参 15g，当归 15g，川芎 10g，赤、白芍各 10g，生地 15g，首乌 20g，茺蔚子 15g，淡茯苓 10g，菟丝子 20g，水煎服。服药 7 剂，月经来潮。

抽葫芦伍旧草帽消水臌

臌胀之症，病属难治，主要由于肝、脾、肾三脏功能失调，阴阳气血亏损，导致气滞血瘀，水湿逗留所致。对于肝硬化腹水，李师不蹈前辙，多用甘遂、芫花、大戟、商陆等峻利之剂，而喜用抽葫芦伍旧草帽利水。抽葫芦形如腹，用其干瘪者、亦臌消矣；旧草帽，乃麦之杆，中空，清心利水而不伤正。二药相伍，有显著的利尿消水之功。例如张某，男，54 岁。肝硬化腹水、腹胀如鼓，尿少，伴下肢浮肿。辨证属气虚血瘀，水湿内停。治以益敢健脾、活血利水。药用生山药 60g，生白术 60g，西洋参 6g，鳖甲 20g，莪术 20g，夜明砂 20g，赤芍 30g，白芍 20g，茜草 20g，当归 15g，茵陈 30g，桃仁 20g，枸杞子 20g，

炮山甲 3g，水红花子 15g。另以抽葫芦 60g、旧草帽一个，煎汤代水。服药 3 剂，排尿通畅，每日尿量约 2000ml。以上方增减，服药月余，腹水消失，临床治愈出院。

蜈蚣、露蜂房相伍治阳萎

阳萎之病，多因情导不遂，肝胆湿热，肾气亏虚，致使宗筋弛纵所致。李师善用蜈蚣伍露蜂房加入辨证方中，以达兴阳起萎之功。张锡纯氏谓："蜈蚣走窜之力最速，内而脏腑，外而经络，凡气血凝聚之处皆可开之。"现代药理研究认为蜈蚣可调整胃肠功能，促进人体新陈代谢；露蜂房可兴阳益肾。李师言："蜈蚣味辛入肝，蜂房味苦入肾，二药相伍，一走一导，调肝益肾，助展宗筋，阳事兴矣。"例如李某，男，44 岁。阳事不举 2 年，伴腰膝酸软，头目眩晕。证属肾虚精亏，宗筋不展。治以补肾益精，兴阳起萎。药用五子衍宗丸，加蜈蚣 2 条、露蜂房 10g。服用七天。阳器即举，坚持服药一月，诸症悉除。

朱砂、雄黄、琥珀相伍治癫狂

癫、狂同属神志失常之疾。李老常用朱砂、雄黄、琥珀三味加入辨证方中，辄使神安。三药相伍，具有重镇安神，平肝熄风，化痰醒神之功。其用法是：水飞朱砂 2g，水飞雄黄 2g，琥珀 3g，为一日量，分 3 次随汤药冲服。因雄黄有毒，现多用疗疮毒。但《本草纲目》言雄黄内服，"入肝经气分，故肝风，肝气，惊痫痰涎，头痛眩晕，暑疟泄痢，积聚诸病，用之用殊功。"明·龚廷贤《寿世保元》就载有含雄黄的雄朱丸治癫狂。可见雄黄是可以内服的。李师多年以此三药相伍治神志病，未发现毒性反应（但用量宜小、中病即止）。例如张某，男，20 岁。因抑郁而沉默寡言，语无伦次，神情呆滞、纳差月余，诊为癫证。药用生龙、牡各 30g，白茯苓 30g，丹参 30g，石菖蒲 30g，酸枣仁 30g，香附 10g，郁金 15g，白矾 3g，朱砂 2g（冲服），雄黄 2g（冲服），琥珀 3g（冲服），服药 7 剂，神安志定。

连翘伍蝉衣治葡萄疫（过敏性紫癜）

过敏性紫癜是一种免疫反应性疾病，病变累及毛细血管壁而发生出血症状，属于祖国医学的"发斑"、"肌衄"、"葡萄疫"等范畴。其病机为风热所乘，客于肌肤，损伤脉络，血溢于外所致。李师习用连翘伍蝉衣治疗本病，每获良效。张锡纯言："连翘具升浮宣散之力，流通气血，治十二经血凝气聚，为疮家要药，能解肌透表，清热逐风，又为治风热要药，且性能托毒外出，又为发表疹瘾要药。"现代药理研究认为连翘可降低毛细血管通透性，具有明显的抗渗出和消炎作用；蝉衣，疏散风热，清代医家杨栗山称其"轻清灵透，为治血病圣药"。两药相伍，轻灵宣透，具有较好的抗过敏、宣散透邪作用。例如吴某，男，7 岁，半月前全身出现散在红色出血点、部分融合成片，伴有低热及关节疼痛，查血小板 13.0×10^{12}/L，诊断为过敏性紫癜。经用强的松等药治疗，出血点彼伏此起，辨证属风热入营，损伤脉络。治以宣散风热，凉血解毒。药用连翘 30g，蝉衣 10g，生地 10g，丹皮 10g，水牛角粉 10g，茜草 10g，公英 10g，白蒺藜 10g，鸡血藤 12g，板兰根 10g，大青叶 10g，金银花 10g，甘草 6g。服药 6 剂，痊愈。

（张宗益）

杨百茀　　从痰饮论治疑难病经验举隅

杨百茀教授业医近50载，经验丰富，医技精湛，从痰饮论治疑难病颇具特色，兹举典型病例数则简要介绍如次。

案1：精神分裂症　拟痛吐痰涎

杨某，女，18岁，学生。1979年7月28日初诊，其父代诉：为迎接高考，近3个月来，复习功课，夜以继日，精神疲惫，不思饮食，高考毕，自以为成绩优良，兴奋不已，未料，考试分数通知后，自己竟属落选对象。于是，顿生疑虑，焦急万分。7月24日即出现精神失常，多言妄动，四处出走，毁物伤人，口多痰涎，卧起不安。7月26日于街头无故抓打警察3人。前往某医院诊断精神分裂症。予大量镇静剂和安宫牛黄丸等治疗，未获寸效，近2年一直多痰，别无它病。诊见：狂躁不宁，妄言不休，语无伦次，频吐痰涎，欲呕不能。舌质红，苔白厚兼黄，脉滑微数。此狂证也。病前多痰，复因劳倦伤脾，旧痰未去，新痰又生，加之忧虑太过，郁而化火，痰火相搏，上扰心神，蒙蔽心窍，遂得之。然病位偏上，邪有上出之势，其治当遵《内经》"其上者，因而越之"之旨，因势利导，速去痰涎。即处瓜蒂散（瓜蒂、赤小豆各3g，为细末，以淡豆豉10g煎汤顿服）1剂吐之。

二诊（7月30日）：其父云服药后旋即吐出一痰盂（约1000ml）痰涎，顿时神清，诸症锐减。患者自诉无不适感。视其与初诊时判若两人，唯语言仍偏多。舌苔有所退，脉象稍滑。此痰饮已衰大半也，宜用清热化痰法继清余邪。温胆汤加味：半夏、竹茹各10g，陈皮、枳实、胆星、天竺黄、石菖蒲、郁金、甘草各6g，茯苓12g，黄连5g。3剂，日煎服1剂。

三诊（8月3日）：思食，无痰涎。然头昏，乏力，盗汗，便泌，口干不欲饮，形神如常，苔薄白，间有剥脱，脉细微弦。此胃阴不足也。治以养阴益胃为主，沙参麦冬汤加减：沙参、麦冬、山药、生地各12g，玉竹、扁豆、花粉、丹皮、白芍各20g，五味子、石菖蒲、郁金各6g。5剂。

四诊（8月9日）：诸症悉除，舌、脉已趋正常。拟归脾汤加减5剂，健脾养心，调理善后。嘱注意精神调摄。随访至今，病愈未发。

按：涌吐之法，临床较少运用。即使痰火狂证，有用攻下法者，亦罕见用吐法者。该患者吐出大量痰涎后，顿时病愈大半，足见吐法若用之得当，则事半功倍，非他法所能及。然本病所以吐之，因其痰证明显，并有上出之势，且无他病，形体不衰，否则，不可吐之，免生后患。病邪得吐将尽，吐法当中病即止，以访伤正，故二诊改投温胆汤加味，清热化痰开窍而收全功。火易伤津，复因涌吐、化痰之剂难免伤阴，故三诊见胃阴虚之证，重予养阴益胃。脾虚易生痰，心虚易受邪，故以健脾养心法调理善后，并辅以语言开导，以防复发。

案2：神经性呕吐　拟散饮降逆

张某，女，31岁。1977年4月7日初诊。1970年妊娠期间即常发呕吐，分娩后呕吐竟有增无减，进食时能吞不能嚼，咀嚼则旋即呕吐食物和痰涎，故每餐进食约需1小时以上，餐餐如此，从未间断，时至今日，6年有余。精神萎靡，形渐消瘦。病痛之际，四处求医，中西诸药，无济于事。某医院西医诊断为神经性呕吐。伴胃脘胀痛，时泛清水，眩晕乏力，大便溏薄等症。诊见：形瘦面　，声低气短，

舌苔白滑，脉象弦缓。证属痰饮停胃，胃气上逆。治以健脾和胃，散饮降逆。方用六君子汤合旋复代赭汤化裁：党参、茯苓各12g，白术、半夏、旋复花(布包)、香附各9g，甘草、陈皮、郁金各6g，吴茱萸、黄连各3g，代赭石15g。兑服生姜汁20g。3剂，日煎服1剂。

二诊：患者喜容悦色，诉服完药后，进食时终能咀嚼，未再呕吐，余症均减。继以六君子汤加味，调理脾胃，升降气机以善后。经随访，10余年来，呕吐未发。

按：呕吐之病，其因多端。不可见呕止呕唯治其标，而当辨证求因重治其本。患者脾气虚弱，痰饮停胃，胃气不和，复因咀嚼(阳明经脉入齿挟口环唇)引动胃气上逆，故进食咀嚼即吐。方中四君子汤健脾益气，以杜生痰之源；二陈汤合姜汁化痰散饮，与辛开苦降之吴茱萸、黄连相伍，和胃止呕，相得益彰；旋复花、代赭石消痰降逆；郁金、香附理气止痛。诸药伍用，标本兼顾，使脾健饮散，胃和气降，故长达6年之呕吐，竟服药3剂而瘳。

案3：顽固性咳喘　拟温肺化饮

殷某，男，19岁。1991年12月3日初诊。自2岁时即患咳喘，每年不断，四季均发，尤以冬季为频。每次发病多与天气变化或外感有关。某医院诊断支气管哮喘。近1月来，因天寒不慎，咳喘复发。咳痰清稀量多，喘不得卧，入夜尤甚。按常规口服强的松、氨茶碱，方可平卧片刻，他药鲜能奏效。伴胸满，畏寒肢冷，背寒冷如掌大，口干不欲饮，纳食减少，大便干结，小便清长。诊见：精神萎靡，面色晦暗，喘息气短，双手如冰，舌质淡，苔白滑，脉沉弦。证属寒饮停肺，肺失宣降。治以温肺化饮，宣降肺气。方用自拟麻辛味干汤：麻黄、干姜、半夏、杏仁、苏子、桑白皮、枳壳、厚朴各10g，五味子、甘草各6g，细辛3g，茯苓15g。4剂，日煎服1剂。停用西药。

二诊：咳喘大减，大便亦转正常。效不更方，守方续服。其中细辛量增至6g，以加强温化寒饮之功。7剂。

三诊：咳喘已平，他症亦除。继进二诊方7剂，以巩固疗效。随访半年，咳喘未发。

按：患者咳痰清稀量多，胸满，喘不得卧，背寒冷如掌大，苔白滑，脉沉弦等，为痰饮伏肺，肺失宣降所致，故以麻辛味干汤主之。方用干姜、细辛与茯苓、半夏温肺散寒，化痰除饮；麻黄与杏仁、苏子、桑白皮宣肺降气，止咳平喘；枳壳、厚朴行气除满，五味子敛肺止咳，并防辛温之品耗散肺气；甘草调和诸药。方中宣降并用，以理肺气；散收结合，以防耗气；甘寒(桑白皮)相伍，以制辛热太过。组方严谨，配伍精当，俾寒散饮化，肺得宣降，则咳喘自平，诸症若失。

案4：频发性早搏　拟通阳蠲饮

饶某，男，70。1991年9月24日初诊。1985年即胸闷气短，继而病情逐渐加重，近两年常靠自行吸氧以缓解病情。1989年某医院确诊为冠心病。1990年下半年开始出现心脏早搏，每日频发，动则加重，心悸不宁，寐易惊醒。平素多吐白痰，稀稠泡沫相兼，晨起恶心，畏寒肢冷，口干不欲饮，纳呆乏力。久治罔效。诊见：神疲懒言，形体消瘦，面色灰暗，语声低弱，两手不温，舌质暗，右侧苔白厚腻，左侧苔薄白，脉结代。心电图：频发性室性早搏(二联律)。证属阳虚饮停，饮邪凌心。治以通阳蠲饮。方用苓桂术甘汤加味：茯苓、丹参各15g，桂枝、白术、陈皮、半夏、枳壳、杏仁、郁金各10g，炙甘草6g。

湿浊重加藿香、佩兰、白豆蔻；痰郁化热加瓜蒌皮、花粉；咳喘加前胡、苏子、桑白皮；气虚加黄芪；少眠加酸枣仁。日煎服1剂。

服方15剂，早搏明显好转，仅于清晨卧起及临厕时偶有感觉，他症悉减。继进60余剂，早搏完全消失，诸恙尽除，舌脉亦转正常。心电图复查，未见异常。至今早搏从未复发。

按：患者恶心多痰，痰饮之明征也。年迈体弱，胸阳不足，饮邪凌心，则见心悸、早搏、脉结代；饮阻气机，则胸闷气短；阳气不达于四肢肌表，则畏寒肢冷；脾虚失运，则纳呆乏力；气机久郁，血行不

畅，则面灰舌暗。舌苔右侧厚腻，乃痰饮偏着机体右侧之征，与《金匮》"脉偏弦者饮也"理同。故以苓桂术甘汤加味，通阳蠲饮。基本方以桂枝、甘草通阳化气；茯苓、白术健脾除饮；陈皮、半夏化痰降逆；枳壳、郁金、杏仁畅达气机；丹参活血通脉，以防心血瘀阻，并能养血安神。诸药随证加味，阳通饮除，而收立竿见影之功。

体会

1. 从痰饮论治，必具痰饮证：痰饮为水液代谢失常所形成的病理产物，其形成之后，作用于人体某一脏腑组织，又可发生多种病证。故老师诊治疑难病，尤善从痰饮着手，但均以具备痰饮特征为前提，如咳唾痰涎白沫，恶心呕吐清水，胸脘痞满，眩晕癫狂及舌苔滑腻，脉弦或滑等。

2. 从痰饮论治，勿忘"温药和之"：痰饮为患，其治当勿忘张仲景"温药和之"之旨。因温药具振奋阳气，消散阴寒之功，而饮为阴邪，遇寒则凝，得温则行，其形成又多与阳虚有关。案 3 以辛温之干姜、细辛、半夏温肺化饮，麻黄宣肺散寒；案 4 以辛温之桂枝伍甘草通阳化气，苦温之白术伍茯苓健脾除饮，皆为"温药和之"之例。

3. 从痰饮论治，师法仲景，方贵变通：仲景虽立"温药和之"大法以治痰饮，但所用方药，并非一成不变。若方证不尽相符，则当随证化裁，才能奏效更捷。如案 3 之麻辛味干汤即是在仲景苓甘五味姜辛汤基础上变通而成。苓甘五味姜辛汤原为寒饮停肺之支饮咳满而设，然案 3 患者除咳满外，喘甚多痰。该方虽可温肺化饮以治咳满，面化痰平喘之力则嫌不足。故以该方加半夏燥湿化痰；加麻黄、杏仁、苏子、桑白皮，宣降结合，止咳平喘；加枳壳、厚朴行气泄满。药证相投，效如桴鼓。

4. 从痰饮论治，治本要在健脾：痰饮的形成，虽与肺、脾、肾功能失常皆有关，但主因当责之脾。因痰饮成于水津之所聚，而水津源于饮食，饮食则全赖脾之运化。脾失健运，则津聚面成痰饮。故健脾乃痰饮治本之关键。正如张景岳所云："果使脾强胃健……则水谷随食随化，皆成气血，焉得留而为痰。"案 1 以健脾法善后；案 2 以四君子汤益气健脾；案 4 以茯苓、白术健脾除饮等，均充分体现了这一原则。

（戴天木）

钱远铭　　用下法治疗渗出性胸膜炎的经验

渗出性胸膜炎类拟中医悬饮病。历代医家在张仲景之训示下多用十枣汤攻逐水饮。钱远铭教授通过多年临床研究，认为十枣汤药力不足，且连续使用产生适应性而失去泻下作用。故自制甘遂胶囊及新制控涎丹、大陷胸汤等方。临床证实只要有胸水者，服数次即可见效。认为上数方不但能泻水饮、尚能促进新陈代谢、排泻毒素、消炎抑菌，故积液一经泻下则不复再生。并强调香附旋复花汤在调和阴阳、扶正祛邪、缓解泻下剂之副作用等方而亦有很好的协助治疗作用，必需同时兼用。

方药使用

1、甘遂胶囊　甘遂30g，煨熟或麸炒黄研细末、取空心胶囊逐个装满。先用阿胶5g，置小杯内用开水溶化，继放酒精灯上浓缩至起大泡，用棉签蘸阿胶浆将每个装满甘遂末之胶囊封口，放玻璃板上凉干后倾入75%酒精95ml和福尔马林5ml混合液中浸泡15分钟，取出凉干即成。每次2—3粒，可递增至5—6粒，凌晨空腹服。

2、控涎丹(不用成药，用时自配)　甘遂、大戟、白芥子各30g，共研细末，神曲打糊为丸，梧桐子大。隔日清晨服10粒，服后以大便日泻稀水数次为度，如泻不多可渐增至15至20粒，最大量可至30粒。

3、大陷胸汤　生大黄10g，煨甘遂6g，元明粉15g。先煎甘遂20分钟，再入大黄煎10分钟，过滤后以汁冲化元明粉。隔日1剂。

4、香附旋复花汤　香附子、旋复花(布包)、杏仁、陈皮、苏子各10g，法半夏12g，苡米24g，茯苓15g。水煎服，每日1剂与泻下药同用。

香附旋复花每日1剂煎服，余之三种泻下方可选其中一方用。控涎丹为首选，胸水兼有腹水者可选大陷胸汤；体质壮实，欲速健效者可选甘遂胶囊单刀直入。

典型病例

例1　毛某，女，38岁。

主诉：咳嗽胸痛1月，气短3天。

病史：入院前1月咳嗽，继之右侧胸肋部有撕裂样痛感。半月后出现午后低烧，全身乏力，胸闷不适。3天前出现气短。

检查：右胸稍现饱满，语颤音减弱，心界轻度左移，右第三肋前和右后第六肋以下叩诊浊音，呼吸音减弱。X线检查右胸积液，上界相当于第八肋后上缘。诊断性穿刺，抽出液体30ml，胸水常规：淡黄、微浊、李凡他试验阳性。血沉1小时88mm。舌红、苔白润，脉弦缓。

诊断：悬饮(渗出性胸膜炎)。

治疗经过：入院第二天起每日香附旋复花汤1剂，间日服控涎丹10粒，大便泻水甚少。1周后控涎丹增至15粒、隔日1次，每次大便泻水约1000ml，小便量亦明显增多，服2次自觉症状改善，胸透证实胸水明显吸收。服完4次后(而香附旋复花汤仍坚持服用)，症状逐渐消失，精神体力恢复。半月后胸透显示胸水消失，遂带药出院自理。1月后复查未见异常。

例2　李某,女,40岁。

主诉:持续咳嗽胸痛发热1周。

病史:入院前1周咳嗽胸痛,以左侧胸肋刺痛为主,干咳少痰,午后发热,神疲乏力。

检查:体温38℃,左前第三肋以下及后肩胛以下叩诊浊音,呼吸音减弱。X线检查:左肺第二前肋以下密度普遍增加,膈肌边缘消失,提示左胸腔积液。诊断性穿刺抽出渗出液200ml。舌红、苔白、中后部黄腻,脉弦数。

诊断:悬饮(渗出性胸膜炎)。

治疗经过:入院初四天用桑菊饮无好转。第五天起服香附旋复花汤每日1剂,加用控涎丹日1次,每次20粒,大便日行近10次,稀水甚多。连服5天,症情大减,胸片示左侧胸膜炎大部吸收。自此停用泻下药,单用煎剂治疗。10天后出现口干,夜尿多,恶梦,乃水去阴伤,于方中去二陈苏子,加沙参、紫菀、枇杷叶等善后。半月后胸透证实胸水消失,自觉甚好而出院。

例3　周某,男,26岁。

主诉:恶寒发热咳嗽胸痛持续9天。

病史:5月4日突起恶寒发热,次日咳嗽胸痛,气短胸闷。某医院以上感治疗无效而入我院。

检查:体温37.9℃,心率100次/分,呼吸28次/分,右胸稍形饱满,语颤音减弱,右前第一肋及右后第六肋以下叩诊浊音,心界向左移位,右侧呼吸音减弱。胸片:右第六后肋以下呈一致性浓影,上缘模糊、心膈闭及肋膈角消失,为左侧胸膜炎合并大量积液。诊断性穿刺抽出渗出液50ml,血沉1小时52mm。舌苔薄、白,脉弦数。

诊断:悬饮(渗出性胸膜炎)。

治疗经过:5月8日至14日每天给香附旋复花汤1剂,另加控涎丹隔日1次(10粒)。每日腹泻二次。胸片示右侧胸膜炎由大量积液转为中等量积液。以后,因患者潮热盗汗,精神疲乏而改用小柴胡加和阴之药。至5月30日体温正常,精神状况转佳而复用控涎丹,每次20粒隔日1次。6月26日胸片示胸水消失,自感正常而出院。

例4　李某,女,52岁。

主诉:咳嗽胸痛潮热盗汗持续8天。

病史:11月8日恶寒发热,随即咳嗽气喘,气短,左侧胸痛。服感冒药后热退,但四天前出现午后潮热如蒸、盗汗、神疲。11月16日入院。

检查:半靠卧位,气管居中,左胸前后叩诊浊音,呼吸音减弱,下部消失。心界右移,腹部隆起,腹水征阳性,腹围83公分。胸片显示左侧胸膜炎大量积液。血沉1小时71mm。诊断性穿刺抽出渗出液500mm。舌苔红,脉弦滑。

诊断:悬饮臌胀(渗出性胸膜炎)。

治疗经过:入院后服十枣汤,间日1剂,连服5剂,每日大便泻水很多。自觉腹胀气喘大减,胸片显示胸水明显吸收,28日后再服则很少泻水,虑其对十枣汤产生适应性,乃于12月3日改用大陷胸汤,每日1剂,服2剂泻水甚多,症情继减,精神胃纳有增,后隔日服1剂。至14日胸片证实积液大部吸收、腹部叩诊无移动性浊音、症状基本消除。后改用清肺化痰之方以善其后,半月后腹围74公分,腹水消失,胸片显示胸水完全吸收。

例5　鲁某,男,55岁。

主诉:胸痛咳嗽气喘潮热持续1周。

病史:8月28日恶寒,尔后咳嗽胸痛,下午低烧,门诊诊为左侧胸膜炎。四天内抽胸水2次,共2100ml。胸透发现胸水虽已大部消失,但于左肺下叶处发现大片阴影,故9月19日收入住院。入院

后经西药抗痨有所好转，忽于10月3日胸痛加重，气喘胸闷，患者惧于再次抽水，遂请中医治疗。

检查：叩诊左后浊音上升至第六后肋间。胸片显示左中下大量积液，上至第七后肋平面。

诊断：悬饮（渗出性胸膜炎）。

治疗经过：于10月10日服甘遂胶囊，隔日4粒，泻水颇多，五天后咳喘明显减轻，叩诊浊音界下降至左第八、九后肋间。共用药五次后胸透显示，左侧胸膜炎完全吸收，症状消失。胃纳精神渐佳。于11月7日出院。

例6 吴某，男，20岁。

主诉：恶寒发热干咳胸痛1周。

病史：1周前突起恶寒发热，午后为甚，夜间汗出热退，次日复作，并见左胸肋隐痛。干咳，纳差神疲，小便短黄，经门诊转入住院。

检查：气管居中，胸廓对称，左下肺呼吸音减弱，叩诊左后第七后肋以下浊音，胸片显示左侧胸膜炎，少量积液。舌红，苔白腻、脉弦缓。

诊断：悬饮（渗出性胸膜炎）。

治疗经过：4月27日开始服香附旋复花汤隔日用控涎丹10粒，并于10天内加用大陷胸汤2剂。5月7日叩诊左侧浊音界下降至第八后肋以下，胸片示积液大部吸收，自觉精神胃纳好，症状大减。继按上述方药再用10天后，症状消失，积液消失，情况良好而出院自理。

讨论

1 泻下法遐议 上述峻下逐水剂从大便泻水达到消除胸腔积液目的，从直观上是不可理解的，但客观上众多病例通过大量泻水之后积液随之减少消失。这是否通过大量泻水后在机体另一部位造成人为失水，使得已经停留之积液通过机体调节作用去补偿另一部位之体液消耗，从而达到治疗目的。其次，泻下药具有促进新陈代谢、排泄毒素、消炎抑菌等作用，在消除积液之同时亦作了根本上的治疗，故积液一经消除则不复再生，远胜于反复抽水愈抽愈生之法。上述病例说明，胸水消失乃泻下药之作用。如第二例，先用桑菊饮无效，改用陈久之控涎丹效果不佳，后用上新制之控涎丹，胸水明显吸收。第三例，先用香附旋复花汤，后用小柴胡汤，然先后均加用了控涎丹，结果前后均有满意疗效。由此可以说明：胸水吸收与煎剂关系不大；控涎丹陈久（成药）无效。第四例先用十枣汤有效，后来由于产生了适应性而效果不好，但改用大陷胸汤后效果显著。此又说明十枣汤多服会产生适应性，泻下药并不一定局限于甘遂、大戟，只要泻水量多，其它药物亦有同样效果。许多病例胸水吸收后仍有不同程度之炎症存在，此时泻下药已停用，仍予香附旋复花汤等煎剂针对治疗，最后亦收到逐步改善的效果，说明煎剂对治疗胸膜炎亦有良效。

2 关于抗痨治疗 本病多为结核杆菌感染引起胸膜变态反应所致。一些患者于胸膜炎后肺结核相继出现。因此，为预后着想，收治病人时必须做有关方面的检查，确系结核杆菌所致者，必须加服抗痨药作系统治疗。

运用中药泻下剂治疗渗出性胸膜炎，疗程短，绝大多数人仅数日即可使胸水消失。治疗期间仅见大便次数增加而泻稀水便，无其它不良反应及痛苦。与西医比较，不但具有疗程短、安全性强、费用低廉之优点，且毫无抽胸水之痛苦及激素所带来之副作用，值得进一步研究、提高、推广、应用。

（蔡渔琴）

孟铭三　　清肺调血汤治疗肺热型急慢性支气管炎的研究

清肺调血汤是孟铭三老师临床上治疗肺热型急慢性支气管炎的有效验方。为科学地评价该方的确切疗效，并阐明临床疗效的原理，对此进行了临床与实验研究，现将结果报告如下。

临床研究

病例选择　凡符合现代医学急、慢性支气管炎诊断标准，且具备以下4条中任何一条则可选入样本。（1）以咳嗽或气喘，咯黄粘痰为主症者。（2）以咳嗽或气喘，咯痰色白胶粘难咯，口干口渴为主症者。（3）以咳嗽或气喘，伴有发热，口干口渴为主症者。（4）以咳嗽或气喘，末梢血白细胞计数增高，或兼发热，或兼口干口渴，大便干结为主症者。

一般资料　入选病例分为3组。观察组106例。男52例，女54岁。年龄在3—70岁之间，平均年龄46.8岁。急性支气管炎50例，慢性支气管炎56例。中药对照组64例。男31例，女33例。年龄在3—73岁之间，平均年龄48.2岁。急性支气管炎33例，慢性支气管炎31例。西药对照组40例。男18例，女22例，年龄在3—68岁之间，平均年龄44.7岁。急性支气管炎22例，慢性支气管炎18例。

治疗方法　观察组：口服清肺调血汤，药用生侧柏叶12g，白茅根20g，桃仁10g，虎杖15g，麻黄10g，杏仁10g，黄芩12g，银花20g，鱼腥草30g，胆南星10g，蝉蜕12g、芦根20g。水煎服，每日1剂。中药对照组，口服麻杏石甘汤加味，药用麻黄10g，杏仁10g，石膏30g，甘草10g，黄芩12g，银花20g，鱼腥草30g，芦根20g，桑皮10g，胆南星10g，蝉蜕12g，蚤休20g。水煎服，每日1剂。西药对照组：病情属轻、中度者口服先锋霉素IV，小儿25—50mg/Kg·d，成人2g/d，同时口服复方甘草片，小儿1/2—1片/次，成人3片/次，日3次，病情属重度者改口服先锋霉素为静脉点滴青霉素800万^{U}/日，伴有气喘者加喘定0.5g。

观察方法　3组患者于治疗前均作末梢血白细胞计数及分类，其后每于治疗后第3天，第6天各复查1次。观察组随机抽选21例慢支患者进行治疗前、后肺功能测定。各组患者每隔3天复诊1次，以了解治疗前后症状、体征的变化情况。3组均治疗6天为1疗程。

疗效标准及结果　1、病情判断标准：（1）咳嗽：间断咳嗽，不影响正常活动及工作为轻度（+）；症状介于轻度与重度之间为中度（++）；昼夜咳嗽频繁或阵咳，影响活动、工作及睡眠为重度（+++）。（2）喘息：喘息偶发，程度轻，不影响睡眠及活动为轻度（+）；病情介于轻度与重度之间为中度（++）；喘息明显、不能平卧，影响睡眠及活动为重度（+++）。（3）咯痰：昼夜咯痰10—50ml（小儿偶可闻及喉中痰鸣）为"少"（+）；昼夜咯痰51—100ml（小儿喉间痰鸣介于"少"与"多"之间）为"中"（++）；昼夜咯痰100ml以上（小儿喉间痰鸣连续不断）为"多"（+++）。肺部哮鸣音：偶闻为"少"（+）；散在者为"中"（++）；双肺满布者为"多"（+++）。

2　疗效判断标准　痊愈（临床控制）：急性支气管炎患者，咳、痰、喘症状及肺部哮鸣音均消失判为痊愈；慢性支气管炎患者咳、痰、喘症状及肺部哮鸣音消失或不足轻度，或好转九成以上者判为

临床控制(以下将痊愈和临控合称控愈);显效:咳、痰、喘症状明显减轻,哮鸣音明显减少(+++减至+);好转:咳、痰、喘症状减轻,哮鸣音减少(+++减至++,或++减至+);无效:症状、哮鸣音无改变或加重者。

3、治疗结果

3.1 总疗效:治疗1个疗程后,观察组的疗效显著高于两个对照组。见附表。

附表 观察组、对照组疗效比较

组别	控愈(例)	显效(例)	好转(例)	无效(例)	合计(例)	显愈率(%)	有效率(%)
观察组	65	23	13	5	106	83.0	95.3
中药对照组	20	22	15	7	64	65.6	89.1
西药对照组	8	14	10	8	40	55.0	80

注:观察组与中药对照组比较:$X^2=14.9$ $P<0.01$

观察组与西药对照组比较:$X^2=22.6$ $P<0.01$

3.2 观察组、中药对照组生效时间:观察组平均生效时间为18.92±11.5n;中药对照组平均生效时间为33.25±18.48n。两组比较,观察组的生效时间快于中药对照组($t=6.23$ $P<0.01$),组间差异非常显著。

3.3 治疗前后白细胞计数的变化:治疗前白细胞增高者:观察组48例、中药对照组21例、西药对照组16例。治疗3天后白细胞回降至正常者:观察组45例(93.8%)、中药对照组13例(61.9%)、西药对照组8例(50%)。观察组与中药对照组比较$X^2=8.81$ $P<0.01$、与西药对照组比较$X^2=13.2$ $P<0.01$,观察组与各对照组之间均有极显著性差异。治疗6天后,白细胞回降至正常者:观察组47例(97.9%)、中药对照组18例(85.7%)、西药对照组11例(69%),观察组与中药对照组比较无显著性差异($X^2=2.62$ $P<0.01$)。

3.4 观察组治疗前、后肺功能变化:21例患者治疗6天后,FVC FEV_1 MMF PEFR等指标较治疗前均有所提高,但统计学处理无显著性意义($P>0.05$),此可能与疗程过短、或测定病例过少有关。

实验研究

实验材料 小白鼠(昆明种)及豚鼠(一般品种)由青岛市药品检验所提供;清肺调血汤由青岛市市北区医院制剂室调配,每剂中药煎煮浓缩成50ml备用。

实验方法与结果 1.镇咳实验:取18—20g小白鼠30只(雌雄各半),分成3组。清肺调血汤组。每日给予清肺调血汤0.5ml/只灌胃,共给6天;磷酸可待因组:实验当日给予0.24%磷酸可待因水溶液0.5ml/灌胃;空白对照组:于实验当日给予蒸馏水0.5ml/只灌胃。给药1小时后,分别以二氧化硫引咳法,使3组动物在相同条件下进行镇咳实验,测定各组动物出现第1次典型咳嗽的潜伏期(S)。结果表明:空白对照组为13.5±3.0S;可待因组为55.7±5.5S($P<0.01$);清肺调血汤组为29.5±2.5S($P<0.05$),说明清肺调血汤具有显著的镇咳作用。

2.平喘实验:取体重500g的雄性豚鼠处死后,将气管取出,并将其剪成螺旋条状,以Kuebs—henreleit溶液为蓄养液通以氧气,保持恒温在37℃±0.1℃,置量体器官测定仪上进行实验,(1)将清肺调血汤0.2ml加入离体气管恒温浴槽中,使其在浴槽中的浓度为0.0067ml/ml,作用于离体气

管上，结果：潜伏30小时，气管开始松弛，5—15分钟恢复正常。(2)上述试验更换蓄养液后，给予一定量组织胺溶液，使其浓度为3r/ml，作用于离体气管上，结果：潜伏10小时气管开始收缩，并持续10分钟不恢复。(3)将组织胺溶液和清肺调血汤同时作用于离体气管上时，平滑肌收缩潜伏期延长到25小时，并且收缩的程度较单一用组织胺弱，收缩时间缩短到7分钟。说明：清肺调血汤具有对抗由组织胺引起的气管平滑肌收缩的作用，也具有直接松弛气管平滑肌的作用。

3. 祛痰实验：取25—30g小白鼠40只，分为空白对照组、清肺调血汤组，采用酚红法进行实验(方法、步骤略)。结果：空白对照组洗出酚红浓度为0.3±0.01r，清肺调血汤组为0.55±0.02r(P<0.01)。表明：清肺调血汤的祛痰作用非常显著。

4. 对急性炎症的抑制作用：取18—22g小白鼠30只(雌雄各半)，分为3组。空白对照组：给予蒸馏水0.5ml/只灌胃；氨基比林组：给予清肺调血汤药液0.5ml/只灌胃。清肺调血汤组共给药6天，其余两组在实验当日给药，给药1小时后由尾静脉注射0.5%醋酸溶液0.8ml，1小时后处死动物，用10ml生理盐水冲洗动物腹腔，收集冲洗液，加生理盐水调节到10ml，离心取上清液在分光光度计590nm波长处测定吸收度。结果：空白对照组吸收度(OD值)0.2507±0.02；氨基比林组为0.1374±0.01(P<0.01)。说明：清肺调血汤具有显著的降低毛细血管通透性的作用。

讨 论

综观古今文献，对肺热咳喘的治疗，多以清热化痰、宣降肺气为常法，药用麻杏石甘汤、凉膈散之类加减治之，而方药中侧重兼施调血之法鲜为医者所重视。孟师认为：肺热咳喘，其病机除肺失宣降、津液被灼外，还必然产生血热、血瘀。因“肺朝百脉”、“津血同源”，全身血液均会聚于肺，津与血相互依存、相互影响，故热邪内壅不仅灼炼肺津、伤及阴液，也必然灼及血分，导致出现血热病机。热灼阴血，易使阴血凝结瘀塞，从而因热致瘀。另外，肺热郁闭，肺之宣降功能失常，气机不利，血行也随之不畅，滞而为瘀，血瘀肺络又可进而影响肺气的宣降，加重肺气之郁闭。故在治疗时除采用清肺化痰、宣降肺气外，宜兼施凉血化瘀之法，伍以凉血化瘀之药，使血热得清，瘀血消散，血液运行畅通，则有助于肺气的宣降调畅、邪热的祛除，咳喘症状则可得以根本缓解。

清肺调血汤就是根据如上病机而组方遣药的，方中除选用麻黄、杏仁、黄芩、鱼腥草等药以清热宣肺外，更配以生侧柏叶、白茅根凉血清热，该二药均属轻清之品，善入肺经，具有凉血而不留瘀的优点，为凉血药中的首选之味；参以桃仁、虎杖活血化瘀，使血活瘀散以助气畅而邪易祛。全方相合具有清热宣肺、凉血化瘀之功效。

清肺调血汤与中药对照组均选用了清热宣肺的麻黄、杏仁、芦根、黄芩、银花、鱼腥草、蝉蜕及祛痰的胆南星。在此基础上，中药对照组又加用了生石膏、蚤休、桑皮，从而增强了清肺之力。而清肺调血汤却选用了生侧柏叶、桃仁等凉血化瘀药。临床研究证明，清肺调血汤的疗效显著高于中药对照组，且生效时间快、白细胞降至正常的时间也明显速于中药对照组。可见，兼施调血之法对于治疗肺热型急慢性支气管炎，是非常重要的治疗方法和行之有效的治疗经验。

实验研究表明：清肺调血汤具有镇咳、祛痰、抑制由组织胺引起离体气管平滑肌收缩的作用，也具有直接松弛气管平滑肌的作用，以及降低毛细血管壁通透性的作用。该研究为本方治疗肺热型急慢性支气管炎，提供了药理学依据。

(周兆山)

宋孝志　治疗老年抑郁症四法

老年抑郁症是因老年人脑的衰老造成的精神功能下降，情感障碍，临床表现以消极、呆滞、焦虑、紧张、恐惧、多疑、强迫观念、自罪自责，悲泣无常，甚至企图自杀等精神、情感变异为主的病证。多由对社会适应性的降低，人际关系的失谐，生活环境的变迁等因素而诱发。属于中医学“郁证”、“心风”、“失志”、“卑惵”的范畴。对于此类情感障碍病证的治疗，历代医家均倡以“疏”为法，宋师认为唯老年者此患当以“柔”为纲，兼而疏之。因人过半百，任脉虚，肝气衰，故发病是以肝肾渐虚，阴精衰少，髓海不足为病理基础；以思虑过度，心气营血暗耗，或忧郁恼怒，气郁痰迷，阳越于上为病因；以脏腑功能失调，阴阳不交，神志失守，思绪无轨，精志抑郁为病理改变。其病变脏腑为肝、胆、心、脾、肾，又以肝为先，肝为刚脏，治宜柔缓。而疏气之品多辛燥走窜，若滥以用之，虽暂可宽畅气机，终必臻气血津液复伤，肝之阴血更衰。柔缓之法，能缓其刚烈，调其气机，润其津血，和其脏腑。可协之降逆火，化顽痰，益气血，调阴阳，致情悦郁解，安神定态。据于此理，宋师提出了治疗老年抑郁症四法：清火泄胆、柔肝和志法，化痰醒神、健脾调肝法，补益心脾、养肝益志法，潜阳入阴、抑肝明志法。

清火泄胆　柔肝和志法

适用于肝胆火郁证。多因性情刚戾，情遇不遂，屈无所伸，怒无所泄，气机怫郁，升发不及，郁而化热，刚柔不济，肝火鼓躁，火热扰胆，胆府不宁。宋师认为本证病在肝胆，病变特征为情情变异，情绪亢奋。临床以烦躁易怒，两胁窜痛，焦虑不安，坐卧不宁，失眠，不知饥，消瘦，舌红、苔黄，脉弦滑为主要证候。多见于老年人情绪障碍及隐匿型抑郁症。

基本方剂：栀子豉汤合酸枣仁汤。

常用药物：栀子、酸枣仁、知母、当归、生地、茯神、芍药、远志、郁金、丹皮、枳实、淡豆豉、珍珠母、琥珀粉、龙胆草等。其中栀子清热泻火，入少阳经，《本草纲目》中记载可治“蓄热狂躁”；酸枣仁养肝安神；芍药柔肝养血益阴。宋师执三药为本法之君臣。

病案举例

例1　杜某某，男，65岁。初诊日期：92年5月15日。一年前丧偶，心中悲痛，继之失眠，初期夜寐2—3小时，渐至彻夜不眠。心中烦躁，郁闷，坐卧不宁，不欲近人声，拒绝参加社交活动，与挚友交谈后，心绪略好，独居时症复发；食欲不振。人渐消瘦。曾遵医嘱服舒乐安定，药后仅眠2—3小时，恶梦纷繁。前来求治，查：面红目赤，表情紧张，舌红苔黄，脉细弦。诊断：老年抑郁症。辨证属肝胆火郁。法以清火泄胆，柔肝宁心。处方：栀子12g，淡豆豉9g，炒山楂15g，炒枳实9g，酸枣仁15g，丹皮9g，炙甘草9g，服7剂，夜寐恶梦尽去，仍入睡困难，心绪烦乱不减。方中加白芍12g，知母15g，生地30g，茯神12g以清热安神，养阴柔肝。续服30余剂，心绪平稳。夜可寐3—4小时，仍不知饥，舌苔薄白。方中去知母、丹皮，生地减至12g，加半夏9g、秫米15g以和胃醒脾。复进14剂。病者言和气爽，食欲大增，每夜入寐5—6小时。

化痰醒神　健脾调肝法

适用于痰浊内生，迷蒙清窍证。多发于性格内向，忧思气结，肝郁乘脾，脾失健运，湿聚为痰，痰气交阻，痰随气升，阻滞清阳，蒙清窍；痰郁化热，痰热扰心，神明不爽。宋师认为本证病在肝、脾，伤及心、脑，病变特征为思维混乱、迟钝。临床以神思恍惚，间有短暂意识空白，精神抑郁，咽中异物感，强迫观念，自罪自责或厌世轻生，舌胖苔腻，脉弦滑为主要证候。多见于内因性抑郁症及抑郁性痴呆症。

基本方剂：涤痰汤、防己地黄汤合半夏秫米汤。

常用药物：菖蒲、胆南星、竹沥半夏、茯苓、陈皮、枳壳、防风、防己、地黄、厚朴、郁金、远志、秫米、苏合香、桃仁等。《本草纲目》记载胆南星清热化痰，可治“神不守舍，恍惚健忘，妄见妄闻”；菖蒲开窍醒神，通心气，宣气化痰；竹沥半夏清热化痰宁神；防风为肝经之气药，调肝祛风。宋师以此四药同伍为本法之将帅。

例2　张某某，女，53岁。初诊日期：91年7月6日。半年前自觉咽中如炙肉梗塞，吞之不下，咯之不出。继尔胸腹部游走性胀痛，似有物膨胀，常以手托之，恐其冲出腹腔；伴坐卧不宁，失眠。安定医院诊为：“老年抑郁症”。予以舒必利等抗焦虑药物治疗。药后夜成寐，但昏愦不已，停药后仍时时呆坐，旁若无人，自言自语。就诊时见其精神恍惚，表情抑郁，叙述病情喋喋不休，语言失序。查：腹部平坦，腹软，未扪及肿物，腹部B超未见异常，舌淡、苔白腻；脉滑而沉。诊断：老年抑郁症。辨证属痰浊迷蒙。法以化痰醒神，健脾调肝。处方：菖蒲9g，竹沥、半夏9g，防风9g，枳壳12g，陈皮9g，茯苓12g，防己9g，苏合香0.5g（分冲），生姜9g，服药3剂后即觉头目清爽，叙述病情时虽表情呆板，但语言表达完整。去苏合香，加苏梗12g，秫米12g，以健脾和胃。复进14剂，述咽中异物时有时无，腹中膨胀物无欲出之感。加郁金9g，远志9g。续进30剂，咽中异物感消失，胸宽腹怡，夜能安寐。

补益心脾　养肝益志法

适用于心脾两虚，清窍失荣证。多因思虑过度，劳役过极，心脾两伤，气血不足致心肝血虚，心神失养；气虚脾弱，阳气不振，清窍不充，神机不用。宋师认为本证病在心、脾、肝。病变特征为性格变异，思维呈偏执状态。临床以表情淡漠，情趣欲望减退，疑病妄想；心悸、恐惧、如人将捕之状；面色㿠白、头晕乏力；舌淡苔薄；脉沉细或细弱为主要症候。多见于老年疑病抑郁症或隐匿型抑郁症。

基本方剂：加味归脾丸合芍药甘草汤。

常用药物：人参、茯神、白术、当归、黄芪、枣仁、远志、芍药、何首乌、百合、五味子、龙眼肉、柏子仁、莲心、朱砂、龙齿、木香等。其中人参益气健脾；当归、白芍补血益心，养肝惠志；百合清心养神，《本草纲目》记载可除“颠邪狂叫涕泣”。宋师多操此四君为本法之领衔。

例3　刘某某，女，54岁。初诊日期：92年6月13日。退休后自感孤寂，认为已被社会遗弃，烦闷不已，夜寐多因恶梦悲泣而醒。两月前突然发作头晕、胸闷，呕吐，自觉头中空如无物，胃脘痞闷。经治疗呕吐止，但心悸、头晕等诸症未除。更疑已患不治之症，惶惶度日，多方求医。来诊时寡言少语，精神倦怠，萎靡不振呈无欲状；面色苍白，语音低弱；舌淡胖、有齿痕、苔薄；脉细弱无力。诊断：老年疑病抑郁症。辨证属心脾两虚，清窍失荣。法以补益心脾，养肝益志。处方：党参9g，白术9g，茯苓12g，当归15g，百合9g，白芍12g，炙黄芪15g，远志6g，炙甘草6g，大枣5枚。7剂后复诊，头中空空之感消失，但胸骨后灼热窒闷，晨起目窠浮肿。方中加茯苓至15g，杏仁9g以宣机畅络。续进7剂，情绪烦闷可自制，但夜寐不安如初。方中去大枣、茯苓、杏仁，加龙齿15g（先煎），柏子仁10g，五

味子10g，以重镇，养心安神。复进14剂，虽仍有疑病倾向，但固执程度减轻，自述对周围事物恢复了兴趣。

潜阳入阴　抑肝明志法

适用于阴阳失于平秘，精神错乱之证。素常阴虚火旺或阳盛之体，遇意外刺激，气机逆乱，致阴虚于下，阳越于上，阴阳失治，痰火随阳越于上，扰乱清空，精神失守，宋师认为本证病在肝、胃、脑，病变特征为思维游离，跳跃，临床以情绪亢奋，悲哭不禁，妄见妄闻，焦虑、多疑，对周围人和物持有敌意；舌红苔黄或黄燥；脉象躁动为主要证候。若久不愈，戚戚悠悠，可续发汗出，烘热，奔豚气冲，惊惕肉瞤。多见于老年反应性精神病。

基本方剂：二加龙骨汤合甘麦大枣汤。

常用药物：生龙骨、生牡蛎、白薇、芍药、附子、浮小麦、防葵、生地、夜交藤、合欢、茯苓、钩藤、五味子、磁石、龙齿、炙甘草、大枣等。其中龙骨平肝潜阳，重镇安神，能养精神，定魂魄，安五脏；生牡蛎育阴潜阳；白薇清热养阴，入肝经。《本草纲目》记载可治"暴中风热，忽忽不知人，狂或邪气"。宋师谓三者是本法之核心。

例4　陶某某，女，56岁。初诊日期：92年2月21日，患者素性好胜，退休一年倍感失落。一月前为其侄儿辅导功课时，其侄突然晕厥。患者心情紧张，即大汗淋漓，心中烦乱；继之失眠不寐，郁愤悲哭。安定医院诊为"反应性精神病"。曾予多虑平。药后郁愤悲哭虽有减轻，但时有幻听，并幻视其侄儿再次晕倒；伴有阵发性烘热，大汗出。故前来求治。叙述病情时语言繁琐，表达不完整，情绪激动，手足舞动，面部肌肉瞤动不已；舌红苔黄少津。诊断：老年反应性抑郁症。辨证属阳越于阴，扰动清空。法以潜阳入阴，抑肝明志。处方：生龙骨15g（先下），煅牡蛎15g，白薇12g，赤、白芍12g，炮附子6g，浮小麦15g，甘草9g，生姜9g，大枣6枚。7剂后复诊，阵发性汗出，烘热消失，幻视减少。虽悲愤哭泣未发，但心情仍紧张、焦虑，怀疑别人怨恨自己，以家人戒备多疑。方中加草决明15g，当归9g以养血清肝。继服14剂，病人幻视消失，但惧怕看数字和与其侄儿交谈。虑其阳虽潜于阴，但虚热犹存，肝阴未复。方中去附子，加炒山楂、酸枣仁各15g以酸甘化阴，续阴养血。复进20剂。服后告愈。

（王玉芬）

陆芷青　胆胀证治八法

胆胀病名始见于《灵枢·胀论》："胆胀者，胁下痛胀，口中苦，善太息。"一般认为胆囊炎、胆石症等属于本病范畴。胆为清净之腑，藏精汁，泌胆汁下入小肠，以助脾胃之运化，因其既藏之泄，似脏类腑，故又名奇恒之腑。其性似腑善通降而恶壅塞，似脏喜洁净而恶浊热，若饮食不调，寒温失节，情志不遂，以及虫积等导致肝胆失疏，湿热壅阻，胆失通降，胆汁郁结，胆体受损即可发为本病。故其治当泻火通腑以利胆，清热化湿祛其邪，疏肝解郁调其气，化瘀通络行其血，养阴清热柔其体，升清降浊去其壅，宽胸宁心舒其胆，温肠清胃安其蛔。

泻火通腑

胆为少阳春木，性善升发，内寄相火，其气温热，故其为病常多从火化。若热邪客胆，胆火内壅，胃降失司，腑气不通，可见右上腹或胃脘部胀痛，口苦而干，呕吐黄绿苦水，大便秘结，舌质红，苔焦黄或焦黑而干，脉弦数，多见于胆囊炎、胆结石急性发作期。治当泻火通腑以降胆逆，使胆热随大便而下。药用经验方龙胆泻火汤，方由龙胆草、山栀、黄连、生大黄、枳壳、郁金、金钱草、蒲公英、元明粉等药组成。龙胆草为凉胆猛将，黄连清心火，实则泻其子，焦山栀苦寒直折，泻三焦之火，利少阳胆腑。金钱草、郁金、蒲公英利胆清热，更以生大黄、元明粉、枳壳泻火通便，峻下热结，以助胆气通降。本方乃泻火攻下峻剂，中病即止，改用清热化湿等法。

例1：孟某，女，56岁。1989年8月15日初诊。胆囊颈部结石。1年来胆绞痛发作频繁，每月均要上医院急诊输液，因拒绝手术，求老师诊治。症见胁痛引背，腹满胀痛，大便秘结，舌红、苔黄黑而燥。服上方1剂泻下甚多，诸症悉减。服至10剂时突然胆痛发作，伴有寒热，翌日大便排出1.1cm×1.0cm、0.9cm×1.0cm大小结石2枚，寒热随之而退，胁痛也止。改用清热化湿法以清余邪。胆痛至今未发。

化湿清热

湿热壅滞，胆气不利是胆胀的主要病机。湿热宜清宜化，胆气宜通宜降，其治当清热化湿，理气通降。本法为胆胀最常用的治法。在整理门诊100例患者的1000余张处方中，本法单用或合并他法者占70%左右。以经验方临症化裁，有效率达90%以上。方取金钱草、茵陈、焦山栀，清热化湿；木香、郁金行气利胆；枳壳、制大黄清热理气通腑。大黄性猛，苦寒攻下，易伐正气，不宜久服，且因内含鞣酸及会引起继发性便秘，而制大黄缓泻通腑则无此弊，且有祛瘀之功。湿偏重，苔白腻，大便溏薄者去大黄、枳壳加苍术、川朴、藿香化燥理脾；胆结石者加威灵仙化湿消石；热结便溏，苔黄腻者去大黄加柴胡、黄芩。柴胡辛散祛升，既可疏达少阳，又可升清脾气，黄芩苦寒性降，协柴胡既能清少阳里热，又能燥脾之湿热，故湿热证而见便溏者用之最为合拍。热偏重，舌红、苔黄燥口干者，基本方加蒲公英、鲜芦根、银花等。蒲公英其性清凉，其气甚平，既能利胆清热，又不损胃，可以久服而无碍，又因有轻泻作用，尤宜胆热腑气不通者。鲜芦根清热生津，止呕除烦、近代研究认为能溶解胆石。若兼

黄疸者加荷包草、田基黄、马蹄金等清热利湿退黄，恶心呕吐加黄连、生姜、竹茹清热降逆止呕。

例2：吕某，男，65岁，1992年4月26日初诊。胆囊术后半年，胆总管又见结石0.8cm大小。近一月胆痛又作，胁痛引背，口苦呕恶，纳呆，大便不畅，苔白腻，舌暗红。拟化湿清热法。经验方加藿香、威灵仙、半夏曲。7剂后诸症悉瘥。原法出入服45剂后B超复查结石消失。

疏肝解郁

胆附于肝，藉肝之余气，溢于胆而成胆汁。若肝失疏泄，胆气不利，则见胁下痛胀，口苦，善太息，大便不畅。治当疏肝解郁利胆。本法在慢性胆囊炎胆石症中比较常用。以经验方柴胡开郁散治之。柴胡疏肝利胆，开其郁结，配以金钱草、茵陈清热利湿以增利胆开郁之功；枳壳、香附、郁金行气；山栀清热泻火；川芎行气活血。若苔白腻，纳呆者，加苍术燥湿运脾以治湿郁，神曲消食和胃以治食郁口中粘腻。喉间痰阻者加浙贝化痰消结以治痰郁。

例3：朱某，女，50岁，1991年9月18日初诊。胆胀病5、6年，西医诊断慢性胆囊炎胆结石，近半年来胆痛时有发作，急诊输液后好转，因拒绝手术，转老师诊治。症见右胁疼痛，胸脘痞闷，性情抑郁，苔白腻，脉沉细。拟柴胡开郁散加苍术、藿香、槟榔。7剂后腻苔退，诸症悉瘥。2个月后B超复查结石明显减少，胆痛至今未发。

化瘀通络

“久痛入络”，胆胀病经久不愈，可致胆气不利，血液瘀滞，症见胁下胀痛如针刺，面色晦滞，舌边瘀紫或舌下静脉瘀紫。多见于肝内胆管结石或胆囊术后结石再生者。治当化瘀通络行其血滞。常用经验方三甲散化裁。药由鳖甲、地鳖虫、炮山甲、桃仁、赤芍、莪术、茵陈、五灵脂、制元胡等组成。方取鳖甲咸寒软坚散结，破瘀通络；地鳖虫味咸性寒化瘀散结；炮山甲性走窜，主通经络，消肿排毒。三味异类灵动之品，其化瘀通络之力非草本药石所能及。配以桃仁、赤芍、五灵脂、制元胡以增活血化瘀，通络止痛之功。金钱草，茵陈为利胆排石要药，柴胡引药直达病所。经临床及复验证效果显著。

养阴清热

本法主要适用于胆胀湿热化火而肝阴亏损者。症见右胁隐痛，经久不愈，舌红绛少苔，手足心热，便秘，脉细弦数。必须养阴液使肝体得养，肝气柔顺，则气机条达，胆腑疏泄通利。用生地、赤白芍、鳖甲、麦冬、地骨皮养阴清热，伍以金钱草、郁金、制大黄、枳壳利胆清热通腑，柴胡辛散引诸药直达病所，又可制生地、鳖甲滋腻之性。胆腑性喜通降，滋腻太过反碍疏泄职能，故每用柴胡5—10g，未见有劫肝阴之弊。

例4：柳某，男，65岁，1992年5月20日初诊。胆胀病反复不愈6年。半月来右胁痛胀加剧，急诊输液疼痛未止，大便秘结3日未解。口干，颧红，舌绛，脉细弦数。拟上方加制元胡、五灵脂，7剂后痛减。上方出入继服3个月后，B超复查胆结石由1.8cm减少到黄豆大小。

舒心利胆

本法常用于胆胀兼胸闷心惊者。心属火，胆属木，木火相生，心与胆通，胆之脉行于胁，而心之脉循胸出胁。心主血脉，推动血液运行，胆主疏泄，参与气血调节，若木旺生火，火亢烁液，易致血行瘀滞或痰火互结，使心络受阻，心神被扰。临床除见胆病证候外，常伴有胸闷，心惊、不寐，甚至胸痛等心病证候。若木不生火，心气虚寒也可见心惊、胸闷、胸痛、舌淡嫩，苔白，脉细不匀，此时单纯治胆或心，已嫌势薄而影响疗效，老师认为应当心胆同治。心胆火旺血液瘀滞者，常用金钱草、茵陈、郁金、

焦山栀、枳壳、制大黄清热利胆，理气通腑；丹参、降香、赤芍活血化瘀；瓜蒌、薤白宽胸豁痰以通阳散结。伴血脂高者又常以生蒲黄、桑寄生、决明子、生山楂四药相伍祛瘀涤痰降脂，效果显著。若心胆气虚者，用金钱草、郁金、乌梅、茵陈利胆；吴萸温胆；潞党参、黄芪、麦冬、五味子补心气养阴液；丹参、降香活血化瘀。

例5：张某，女，60岁，1992年2月12日初诊。胁痛，黄疸低热反复不愈3个月，曾2次住院治疗，诊为左肝内胆管多发性结石，慢性胆囊炎，冠心病。出院后黄疸虽退，胁痛、低热未愈，伴胸闷心悸，咯痰色白，口粘纳呆，舌暗红、舌下瘀紫、苔黄厚粘，脉弦。拟舒心利胆，化瘀通络二法合用。药用柴胡10g，黄芩10g，茵陈30g，制大黄12g，枳壳10g，留行子5g，郁金12g，藿香12g，鳖甲30g，炮山甲10g，地鳖虫5g，鸡内金12g，瓜蒌皮10g，薤白5g，紫丹参30g，降香5g。药后诸症好转，纳食增加，拟原方化裁，3个月后复查心电图转为正常，肝内胆管结石消失。

升清降浊

本法适用于胆胀木不疏土，以致脾胃气滞者。也可用于胆胀经久不愈，数用攻下，中气受损而见头晕，腹胀，便溏，呕吐，纳呆，舌淡白者。黄坤载有云："肝气宜升，胆火宜降，然非脾气之上升，则肝气不升，非胃气之下降，则胆火不降"。脾胃为气机升降之枢，脾胃受损或木不疏土，以致升降失常，湿滞痰生，而见以上诸症。老师常以柴胡、黄芪、党参升其脾气以消虚胀；半夏、佛手、枳壳、白豆蔻降其胃气以止呕逆。若伴有口苦，呕恶，苔黄，去党参、黄芪，加川连、竹茹、蒲公英清胃降逆止呕。本法胆胀虽不常施，但对经久不愈，实中见虚者，可与他法交替或合并使用，以促使胆腑功能恢复。

例6：王某，男，42岁，1991年7月19日初诊。脘胁隐痛，腹胀，大便不畅，苔黄，脉弦。B超示胆囊炎胆结石。曾用清热化湿法，胁痛略减而腹胀未消，每于食后加重。伴神疲乏力，面色不华。疏利日久，中气已虚，改用升清降浊法，7剂后胁痛腹胀竟瘥。

温肠清胃

本法多用于胆胀病并发蛔厥者。症见右上腹钻顶样疼痛牵引肩背，痛剧则而青汗出，手足厥冷，脉沉伏。多因肠寒胃热，蛔虫上窜胆道所致。以乌梅丸化裁。蛔虫喜温恶寒、遇酸伏、苦降、甘动的特点，方取乌梅味酸制蛔止痛；川椒、细辛、干姜，性温安蛔止痛；黄连、黄芩、山栀苦降胆胃之热且以下蛔；川楝子苦寒清热杀虫，与元胡索配伍理气止痛作用增强；青木香、花槟榔驱蛔杀虫，行气导滞。全方寒温并用，以达温脏安蛔作用。

以上八法根据病情可单独或合并使用。同一病人随着病情变化，治法因证而异，并非一法到底。此外，老师认为肝胆火旺者，宜柴胡与黄芩、赤白芍等苦降酸敛之品同用，以防其升散。若见弦晕，是为升发太过，常加天麻，钩藤平肝息风。

（程志清）

曾庆骅　　运用复元活血汤治疗肝脓肿的经验

曾庆骅教临床四十余年，学验俱丰，对肝脓肿的治疗有独到的经验，他运用复元活血汤治疗肝脓肿，疗效卓著，现整理如下。

临床资料

1.一般资料　病例38例，均为我科1983年－1991年住院患者。男35例，女3例，年龄最大64岁，最小16岁。平均年龄38.1岁，农民25例，工人8例，干部、学生各1例，其它职业3例。

2.诊断标准　以上海医科大学《实用内科学》对本病的诊断标准，根据病史，临床表现，体征，超声波检查，胸片及肝穿抽脓液，实验室检查等证实。

3.症状和体征　发热35例（38℃以下者9例，38.1－39℃15例，39.1℃以上11例）；右下胸刺痛或胀痛21例、右上腹（肝区）疼痛、口干各25例；恶寒19例；乏力21例；食欲不振26例；恶心或呕吐8例；腹胀14例；出汗12例；舌质（暗、淡暗各2例，暗红8例，暗紫1例）；弦类脉象32例；肝肿大及压痛32例（7例伴有轻度黄胆）；右肺底呼吸音减弱17例；罗音3例。

4.实验室检查　9例SGPT44－194之间；血白细胞＞10.000者21例；血沉有记录者21例（男＞15mm/h者19例，女＞2.0mm/h者2例）；脓液送检21例（脓球（＋）以上者8例，红细胞（＋）以上者15例，白细胞（＋）以上者8例，脂肪球（＋）以上者2例；脓液培养20例（培养出大肠艾希氏菌者2例，金黄色葡萄球菌者3例，阴性杆菌者1例；37例大便常规（－）。

治疗方法

根据临床表现不同，可概括为五型论治：

1.瘀血阻络，肝郁气滞型（13例）　本型为肝气不舒，血瘀阻滞肝络所致。症见：右胸胁肌肤隆起疼痛，右上腹（肝区）持续性刺痛或胀痛，触之痛不可忍，转侧不能，肝肿大，压痛明显，发热口渴，纳减，大便偏结，舌质暗或暗红，苔薄黄，脉弦有力。治以活血通络，疏肝清热。以复元活血汤为基本方：柴胡、瓜蒌根、当归、红花、穿山甲、大黄、桃仁、甘草。

2.肝胆湿热，瘀血停滞（14型例）　本型是临床上常见证型，为湿热瘀血蕴阻于肝所致。症见：发热、恶寒，午后热甚，汗出热不解，右胸胁胀痛，右上腹肌紧张，肝区疼痛，压之痛甚，胸痞，恶心或呕吐，饥不欲食，口苦、口干、饮水不多，或见黄疸，大便溏稀，小便黄，舌质红或暗红，苔黄腻，脉濡数。治以清利肝胆湿热，活血通络。方用复元活血汤合甘露消毒丹或合龙胆泻肝汤加减：柴胡、大黄、瓜蒌根、桃仁、红花、当归、穿山甲、茵陈、黄芩、石菖蒲、滑石、连翘、白豆蔻、藿香、龙胆草、生栀子、甘草等。

3.热毒炽盛，气滞血瘀型（7例）　本型多见于细菌性肝脓肿。主症为寒战，高热，右上腹（肝区）灼热痛，肝脏肿大，按则痛剧，右季肋局限性隆起，口苦、咽干，面红目赤，食欲不振，全身乏力，汗多大便结，小便黄，舌质红，苔黄或焦干，脉弦数。治以清热解毒，行气活血。方用复元活血汤合五味消毒饮加减：柴胡；瓜蒌根、当归、红花、穿山甲、大黄、桃仁、甘草、土茯苓、野菊花、蒲公英、金银花、黄

苓等。

4. 寒湿郁滞，瘀阻经络型（1 例）　本型是临床上少见的证型。症见：畏寒肢冷，肌肤甲错，食欲减退，右胸胁疼痛，固定不移，拒按，热度不高，时起时伏，日久不愈或不发热，口淡不渴，舌淡苔白，边有瘀斑，脉沉弦。治以温阳散寒，祛瘀排脓。方用复元活血汤合薏苡附子败酱散加减：制附片、薏苡仁、败酱草、皂角刺、柴胡、红花、大黄、甘草、穿山甲、当归、瓜蒌根、桃仁、川芎、制香附等。

5. 正虚邪恋，瘀毒未净型　此型多见于肝脓肿恢复期。正气亏虚，瘀毒湿热未净，是恢复阶段中常见的证型。根据临床表现可分为偏气血亏虚，偏阴虚内热两种：①偏气血亏虚 2 例，常有头晕，周身乏力，形体消瘦，少气懒言，低热、或不发热，面色苍白无华，纳谷不馨，右胸胁及右上腹隐痛，大便偏稀，小便清长，舌质淡，苔薄白，脉细弱等证。治以补益气血，活血通络。方用八珍汤合复元活血汤加减：党参、白术、茯苓、川芎、当归、白芍、熟地、柴胡、瓜蒌根、红花、穿山甲、桃仁、大黄、甘草等。②偏阴虚内热（1 例），常见病久低热持续不退，体瘦失眠，盗汗，手足心热，右季胁部灼热隐痛，口干，纳差，大便偏结，小便黄，舌质红，苔少，脉细数等证。治以滋阴清热，活血通络。方用复元活血汤合青蒿鳖甲汤加减：穿山甲、柴胡、大黄、当归、瓜蒌根、桃仁、红花、甘草、青蒿、鳖甲、地骨皮、知母等。

6. 对症治疗　本组 35 例用了灭滴灵，28 例配合应用了抗生素（青霉素、链霉素、氯霉素、庆大霉素、先锋霉素）及肝穿，必要时给予输液、输血等。

治疗效果

退热时间：35 例发热患者在 2－71 天内，体温均恢复正常，平均 15.94 天。超声波检查 15 例患者肝内脓腔在 8－45 天内完全消失，平均 16.2 天。

痊愈：临床症状与体征消失，肿大之肝脏基本恢复正常；肝区无明显叩击痛及触痛，体温、肝功能、血沉、白细胞恢复正常；超声波探查液平段消失或基本消失，X 线膈肌正常。

好转：临床症状及体征基本消失，肝脏明显缩小，肝区无明显触痛，体温正常，肝功能、血沉、白细胞基本正常。超声波探查液平段缩小。

无效：经过一个阶段的治疗，临床症状与体征无改善。

本组 38 例，住院治疗时间 13－145 天，平均 34.7 天，临床治愈 34 例，好转 4 例，总有效率 100%。

病案举例

熊某，男，34 岁，农民。患者于 1987 年 1 月底出现恶寒发热，右胁部胀痛。请当地赤脚医生诊治无效，恶寒发热症状加重，无时间性，最高体温 39℃；且感右胁部剧痛难忍，于 1987 年 2 月 15 日入丰城矿务局职工医院住院。摄胸片示：1 左膈下脓肿，2 左肺炎及左脾区脓肿。给予"核糖霉素"治疗，体温降至正常，肺炎消失，但仍感右胁部疼痛，进食后上腹部不适。遂于 1987 年 3 月 9 日转来我院。

B 超肝脏：左锁骨中线第七肋间见液平 2.5cm。

入院时体查，腹肌紧张，肝剑下触及 3F，肋下 1F，质软，剑下压痛明显，血沉 20mm/h。体外血栓形成，血栓长度 33mm，血栓湿重 109.9mg，血栓干重 41.2mg，大便常规（一）。

中医症状：右胁部疼痛，深呼吸或打哈欠时痛剧，痛处固定，食后上腹部饱胀，大便偏稀，日 2 行，舌质暗红，苔薄腻偏黄，脉弦。证属肝经气滞血瘀挟湿热。治以疏肝行瘀，清利湿热。用复元活血汤加减：柴胡 10g，当归 8g，桃仁 10，大黄 4g，穿山甲 10g，红花 5g，丹皮 10g，金银花 30g，黄连 5g，甘草 3g。

服上方 16 剂后，一般情况良好，右胁部疼痛及上腹部饱胀症状消除，大便正常，B 超肝区仅探

及液平0.5cm。于3月26日治愈出院，随访近一年无复发。

体会与分析

运用复元活血汤治疗肝脓肿的理论依据

曾老认为：中医古籍虽无肝脓肿病名，但由于本病是脓疡生于肝脏，临床主要表现为瘀毒湿热证候，本病应归于祖国医学“肝痈”、“积块”、“胁痛”范畴。综其发病因素，多由于外感六淫，瘀血流注，或其它热毒，或过食膏粱厚味，或湿热痢失治、误治，湿热火毒从内而生。正如《外科心法要诀》说：“痈疽原是火毒生，经络阻塞气血凝”。由于外来之邪伤害人体，毒邪乘虚内侵，致使营卫不和，经络阻遏，气滞血瘀而成。《素问·生气通天论》中说：“荣气不从，逆于肉理，乃生痈肿”。《灵枢·痈疽篇》曰：“营卫稽留于经脉之中，则血泣而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏不得行，故热。大热不止，热盛则肉腐，肉腐则为脓”。湿热瘀毒之邪侵袭人体，郁于肝脏，影响肝之经络循行，以致气血凝滞，而成肝痈，形成“留血”、“恶血”、“衃血”。初起右胁肋部隐痛，逐渐加重，痈肿溃烂。化而成脓后，局部肌肤明显隆起，右胸胁及右上腹刺痛或胀痛，触之痛剧，转侧不能，肝肿大及压痛。曾教授认为瘀毒湿热是本病的主要致病因素。

关于病邪的类型与血液流变学的关系，血瘀是导致血液粘滞性上升的最常见的原因，并证明“活血化瘀”治疗可改善由血瘀所造成的高粘滞血症。故血液流变学指标的测定有助于中医辨证的客观化和深入理解证的病理生理学过程，从而指导治疗，使其更有针对性。本组有4例做了血液流变学检查，其结果高于正常值。另有5例做了体外血栓形成试验，其结果亦明显高于正常值。曾教授认为，上述中医理论和临床有瘀血阻络、肝郁气滞的证候以及血液流变学检查，是临床运用复元活血汤治疗肝脓肿的主要理论依据。

活血化瘀，疏肝清热是治疗肝脓肿的主要大法

曾老认为，“瘀血”、“热毒”是肝脓肿的主要病因。不解决“瘀血”、“热毒”则肿痛不能消除，脓腔不能缩小，进而可能出现脓毒败血症，肝一支气管瘘，危象层出，预后凶险。因此活血化瘀，疏肝清热解毒是治疗本病的主要法则。清代名医王清任认为“治病之要诀，在明白气血”。曾教授在治疗肝脓肿的过程中，正确掌握运用了复元活血汤这个行气活血的方剂。此方出自《医学发明》，其功能为活血化瘀，疏肝清热。方中柴明、当归舒肝理气，和血止痛；大黄活血化瘀，引瘀血下行；桃仁、红花、甲珠、花粉行血润燥；甘草和血缓急，诸药合用有清热解毒，行气止痛，缩小脓腔，祛瘀生新之功。曾教授认为本方是治疗肝脓肿（瘀血证）较佳的方剂，他每用此方，疗效颇佳。

临床疗效明显高于西医对照组

根据潘氏等报道，中西医结合治疗肝脓肿62例疗效观察，20例西医对照组退热时间最短2天，最长35天，平均15天；4例出院时体温未降至正常；超声波复查肝区液平段情况者者12例，仅7例液平段消失，最短16天，最长43天，平均36.4天（切开引流组）；痊愈出院与基本治愈有12例（占60%），未愈5例（占25%），死亡3例（占15%）。本文治疗组全部病例均有效，无一例死亡，与潘氏等所设的对照组比较，疗效明显高于该组。从退热情况看，本文35例发热大部分为中高度，退热天数与对照组相仿，但出院时体温均复正常。白细胞降至正常10例，最短4天，最长2天，平均14.9天；9例来复查，2例出院时未降至正常。从液平段消失情况对比，15例中最短8天，最长45天，平均26.2天，明显高于对照组（平均36.4天）的时间。

本文治疗组与潘文对照组疗效比较见下表。

表　本文治疗组与潘文对照组疗效比较

	痊愈加基愈(%)	好转(%)	未愈(%)	死亡(%)	合计(%)
治疗组	34(09.47)	4(10.53)	0(0.00)	0(0.00)	38(100.00)
对照组	12(60.00)	0(0.00)	5(25.00)	3(15.00)	20(100.00)
合计	43	7	5	3	58

痊愈加基愈病例情况：治疗组34例，占89.47%；对照组12例，占60.00%。两组在疗效上有非常显著的差别(P<0.01)。

从以上可以说明，中药以复元活血汤为主治疗，对稳定病情，缩短疗程，减少死亡率等方面起到了很好的作用。特别是对病情重，疗程长，血瘀症状明显，有抗药性的病例，及时加用本方，疗效更好。这充分说明了中医药的优越性，为中医、中西医结合治疗肝脓肿提供了更宽广的途征。

曾教授还认为，疗效与患病年龄、病程、体质有一定的关系。年龄愈小，病程愈短，体质壮实者，则肝区脓腔缩小越迅速，发热及其它临床症状复越快，故临床发现此病时应及时给予治疗。

（杨香生）

张镜人　　治胃炎十法

张镜人老师业医五十余载，治外感内伤均有所长，近十余年以擅治慢性胃炎而著称，尤致力于萎缩性胃炎证治的研究，积累了丰富的经验，并拟制专治胃炎方药，疗效卓著。其成果先后荣获国家卫生部、国家中医药管理局及上海市的奖励，实有总结、继承、推广之必要。

“中焦如衡，非平不安”语出《温病条辨》治病发论。老师在长期的临床实践中以此作为治疗慢性胃炎的准则。盖中焦脾胃，以膜相连，脾气宜升，胃气宜降，脾喜刚燥，胃喜柔润，相反相成，犹如称物之“衡”，不平则病，其间有寒热虚实之别，气血阴阳之异。治法众多，贵乎平衡，平则不病矣。主张治胃当责之肝、胆及脾，指出欲调升降，先疏肝胆；欲和脾胃，需适润燥，中虚当益气，络瘀当活血，非独治胃也，今以十法以概之。

清热和胃

慢性胃炎临床多见中脘灼热疼痛，口苦且干，嘈杂易饥或泛吐酸水、苦水，大便干结，舌红苔薄等，胃镜所见胃粘膜充血水肿或糜烂等。此乃恣食辛辣，郁热犯胃所致。正如《内经》所言“火郁之发，胃痛呕逆”，“少阳之胜，热客于胃”。此当从“热”论治，宜清热和胃，如黄芩、连翘、铁树叶、平地木、白花蛇舌草、知母、芙蓉叶之属。清泄阳明，热去则胃安也。其中铁树叶清热止痛之功为优，芙蓉叶散热疗疡之独胜。若泛吐酸水，选加煅瓦楞、白螺丝壳、海螵蛸止酸以和中。

疏肝安胃

肝胆疏泄失司，木郁不达，侵脾犯胃，以致胃脘痞满、隐痛，或引及两胁，或攻撑作痛，脉弦等，正如《内经》所言：“木郁之发，民病胃脘当心而痛”。清代沈金鳌：“胃痛惟肝气相乘为尤甚，以木性暴且正克也”（《杂病源流犀烛》）。此当从“肝胆”论治，宜疏肝安胃，如柴胡、白芍、香附、玄胡之属，疏调肝胆之气机，木达则土安也。痛甚则加九香虫，胀剧则选加枳壳、佛手片等，其性润而不燥，理气止痛，宽胀除痞为佳。

益气养胃

脾胃互为表里，胃病日久，伤戕中气，脾失健运。胃气少和，以致胃脘少舒，便形不实，或便溏次多，神疲乏力，或嘈杂思食，稍食可减，脉细，舌胖或边有齿印等。此当从“脾”论治，宜健脾益气以养胃，如孩儿参、白术、山药、扁豆之属，脾运健则胃气自调。

养阴益胃

肝经郁热犯胃，久则易损胃阴，阴亏则胃少濡润之职，以致胃脘少舒，口干引饮，舌光剥或少苔，或胃酸缺乏，胃镜每易见萎缩性胃炎的表现。此当从“阴”论治，宜养阴生津以益胃，如南沙参、川石斛、山药之属，亦宜白芍伍甘草，奏酸甘化阴，缓急止痛之功。低酸者酌加乌梅、木瓜、山楂酸甘之品，

益阴以助运。

清化瘀热

胃脘久痛不愈，木郁化火不达，损及胃络，气愈滞则热愈郁，瘀热互阻，以致胃脘疼痛，或有刺痛，痛有定处，舌质暗红，或见瘀斑、瘀点，舌下静脉增粗或曲张，胃镜病理活检每见腺体萎缩或伴肠腺化生、异型增生。此当从“瘀热”论治，宜清化瘀热，如丹参、赤芍、白花蛇舌草、白英之属，瘀化热清则胃自安和矣。其中丹参、赤芍具活血行瘀之功，有利于腺体恢复，白花蛇舌草、白英善于清热解毒而消痈，阻断肠化，异型增生必不可少。

调气活血

肝胃失调，脾气受戕，久则络脉瘀滞，呈气虚血瘀之象。每见胃脘隐痛，胀满，神疲乏力，便溏纳呆，脉细，或舌胖或舌质紫暗，舌下静脉增粗、曲张，胃镜及病理均可见萎缩性胃炎或伴有肠腺化生、异型增生等变化。此当从“气血”论治，宜调气活血法，调气者，益气、理气、降气皆是也。如孩儿参、白术、柴胡、香附、丹参、白花蛇舌草之属，脾气健，肝木调，瘀热清则胃气亦和矣。

寒温相配

慢性胃炎以热证居多，但胀痛必有气滞，若投一派寒凉之品，更碍脾胃气机，胀痛将有增无减，故采用辛香和胃，行气宽中，温而不燥的苏梗与苦寒清热的黄芩、平地木、连翘同用，寒温相配，适脾胃之性，则气机舒而胃能和，胀痛当可缓解。

升降并调

慢性胃炎病起于肝胆，症见于脾胃，临床常表现为胃气上逆的嗳气、泛恶、泛吐酸水或苦水，及脾气不振的消瘦、乏力、脘腹作胀、便溏等脾胃之疾，“脾宜升则健，胃宜降则和”，故治法当注意升降并调，如柴胡与旋复花、代赭石配合，升清阳之气，降胃气上逆。且木郁不达，少阳清气失展，胆热液泄，必致口苦、胁痛、泛苦水，胃镜检查每见胆汁返流，尤需柴胡以畅达厥阴，升少阳清气，兼佐黄芩以苦降而泄胆热，此皆升降并调之法也。

化湿和中

胃主受纳，脾主运化。恣食生冷油腻，湿从外受，脾运少健，湿易内生，故脾胃之疾每多兼有湿阻之象。症见胸闷脘胀，口渴而不欲多饮，纳呆，苔腻（黄腻多湿热、白腻多寒湿），此当从“湿”论治。宜化湿和中，湿热宜陈佩梗，生、熟苡米，寒湿宜半夏、陈皮，湿化则胃安矣。

消导悦胃

胃为水谷之海，脾乃运化之枢。脾胃为病，胃不纳谷，脾少健运，“食不消，脾不磨”，每易饮食积滞，症见脘腹饱胀，食欲不振，治当消导，宜六曲、山楂、谷芽之属。消食化积，健脾和中，食化积消则胃气和也。谷芽一味，《纲目》称有“快脾开胃”之功，胃炎方中，每作佐使之品，药虽平淡，取其快脾悦胃之专长，且协调诸药，久服无碍胃之弊。慢性胃炎有浅表、萎缩、糜烂、返流等区别，其临床表现不一，老师在“中焦如衡”的理论指导下，着眼于肝胆及脾胃，抓住气滞热郁，气虚血瘀的机制，从而调升降、适寒温、和脾胃。以上十法，或一法独用，或数法合参，辨证识病，圆机活法，屡见功效，可谓胃炎治疗之要诀。

（张存钧）

周仲瑛　　“肺阳实”笔谈

肺阳之说，前贤并无明确论述。遍搜《中国医学大辞典》(谢利恒编纂)、《简明中医辞典》(中医研究院、广州中医学院主编)，有肺气、肺阴诸条，杳无肺阳之踪。今人渐有阐发者，均以论肺阳虚寒者多，述肺阳实者绝少。周仲瑛老师指出，古人以肺主气，故论肺气者多，但气化于阳，五脏有阴阳，肺阳自必存在。今人从《金匮》“肺痿”病篇“肺中冷”、“甘草干姜汤以温之”多引证肺阳虚寒的存在。但有虚必有实，溯中医病理之源，乃是在认识生理功能的基础上，用中医的哲学观，总结临床病症的变化、治疗效应等推理而得。故对肺阳实，我们仍可沿循这一方法，作一探索。

一、肺阳、肺阳实的含义与其生理、病理特点。

1. 肺阳是一种生理概念。以阴阳言人体的生理，则物质属阴、功能属阳，所谓“体阴用阳”，故肺阳作为专用名词，一般应是指肺脏的功能和动力。惟不可不看到，阴、阳本身又是一种广义的哲学概念，具有相对性，如物质对功能言属阴，但物质之中，无形的、活动的、轻盈的气又可为阳；而有形的、静止的、重浊的血可为阴，故也有人将肺阳说成是“一类物质”。显然，后者是把多义的、相对的哲学概念与已经固定化为专有名词的概念混淆了起来。我们还可以联系肺气的问题一起讨论，如有些文献也把“肺气”释为：①指肺的功能，②指肺的呼吸之气(宗气的组成部分)——一种微小的、肉眼见不到的物质。按此说，肺阳与肺气的概念就没有什么差别(古人不谈肺阳的原因也许与此有关)。周师认为两者应该是有区别的。“气属于阳”，是按哲学概念的归类，说明在一定前提下，气与阳接近或有联系，但不能说肺气就等于肺阳，因为它们是两个不同的概念，具有不同的内涵。肺气包括清气与浊气。重浊者(如CO_2)可以通过肺阳(肺的功能)之“升”从血液中离析而呼出，清者(O_2)又被肺阳之“降”从外界摄人，通过“肺朝百脉”融入阴血，行至组织又从血液中“蒸化”游离，以发挥“熏肤、充身、泽毛”之功，这就是肺“气化于阳”的过程。显然，物质的“肺气”与功能的“肺阳”是两个不能相混的概念。古人从呼吸之气直观地认定了“肺气”的物质性，谈到了“气化”功能，仅是没有点出“肺阳”而已。根据阴、阳的本义推理，肺阳的生理功能，就是“主气、司呼吸”的动力以及《灵枢·决气》篇：“上焦开发，宣五谷味，若雾露之溉”的描述。所谓“开发”，即在司呼吸的基础上，表现气化、蒸化(水液、肺阴)、温煦、灌溉(肺之清气与水谷之气合为“宗气”，寓脉中依心阳以循引，赖肺阳以蒸化，方得时时煦养脏腑、四肢百骸、皮毛、鼻窍)、肃降(气道、水道)、宣通(腠理、谷道)等功能。

2. 肺阳实。这是病理概念，可有两种情况，一是指肺的阳邪有余，如外感风热、温邪犯肺、内伤木火刑金等，可以说这是一种“客邪”，十分常见，但一般不把它们与肺阳相联系。另外从理论上推导，应指肺阳(火热)的亢盛，类比肝阳、心阳、相火的独亢，似可说这是一种“主邪”，即肺脏本身功能的反常亢进，临床可从呼吸急促、烦热等代偿亢奋之象去体认。亦有异议者提出：肝阳、心阳等多与情志有关，“五志过极”可以化火比较容易接受。而对肺阳的亢盛——肺脏功能的过于亢进是否可以化火则甚感陌生，不易接受。笔者认为，联系临床实际，仔细推敲，肺阳亢盛的一类肺阳实，确实是存在的，但这种肺阳实既可表现火热内盛，也可与一般的阳实有所不同，故易于模糊。如从病因上看，往往是阴寒之邪暴加，因“寒主收引”、“阴主凝闭”，其来势速，除部分可表现“阳气剧损”，也有更多阳

气并未耗损，只是表现郁闭不能外达之态，故与"肺气贲郁"又常相关。"有余便是火"，周师指出肺的"浊气有余"更易化火。临床查血气分析，凡氧分压低者多有烦躁，而二氧化碳分压高者更多烦热，面红易汗。而肺阳郁闭失用，正与"浊气有余、清气不足"密切相关。但其病理特点又是寒热夹杂、或外寒内热，一则病因阴寒居多，二则阳郁不能外达，故证多以寒为主。再则肺主治节，助心以行血，心、肺通过气血运行的密切关系而互相影响，故心脉瘀阻，心阳痹塞又常与肺阳郁闭互为因果。

二、临证探微。

周师结合有关病证，从临床症情与治疗的变化中，进一步论述了肺阳实的存在和掌握肺阳实的必要性。

1. 形寒、饮冷束肺，肺阳郁闭。临床如急性支气管炎、慢支急性发作、急性肾炎等病，每可见及。此类病者常有明显的受寒、或饮冷的病史，急性发病，邪从外来，阴寒循经犯肺，肺阳郁闭。症见肺胀胸闷、咳逆上气，形寒、发热（非壮热），肢冷、无汗，或浮肿、尿少，苔薄或薄滑等，兼有微烦、口渴，面唇微紫，脉数等，方药主选小青龙汤加石膏或大青龙汤、木防己汤去人参等化裁。笔者早年曾统计病区慢性肾炎因外感而波动、加重 50 多人次，其中 10 余例即见"阳郁"之象，经上法治疗，不仅咳逆见平，尿量也逐日明显增多，浮肿渐退。又笔者曾见一妇，因断奶自用单方，每早晚服盐开水一大碗（约 500—700 毫升），至七、八日，突然喘咳上气，口鼻涌出多量白沫（有时呈粉红色），心悸、烦躁、肢冷，面唇俱紫，脉沉细数，两肺有大量湿罗音。当时，经强心利尿中西医结合救治方转危为安。回顾此病，乃属寒饮伤阳，水气凌心犯肺，兼有心、肺阳气郁闭，稍有延误，即有由闭至脱之虞，因闭、脱每于转瞬间，当前投西药针剂急救无可非议，若拟方则思以参附汤加麻黄、桂枝、杏仁、葶苈、桑皮、泽泻等为宜。

2. 痰饮伏肺，肺阳郁闭。于喘息性支气管炎、支气管哮喘（包括哮喘持续状态）中多见。患者内有宿根，每触感而急发加重。症以胸闷喘憋为主，咳涎沫，重者端坐、烦躁而不欲言，面青唇紫，或头额有汗，口渴不饮，舌暗红，脉沉细数，方以小青龙汤加减，烦热有汗者可加石膏。周师谓方药无奇，医者普遍习用，然一般用麻黄、桂枝着意祛除外邪，而通阳宣痹之功每被忽略耳。

3. 心肝郁勃，肺阳失宣。如癔病、更年期综合征等可见。病者以往每有类似发作，多有情志不遂诱因。但内心肝气郁，气机之升降出入受阻，至于"肺气贲郁"，由气郁而阳闭。其症情多变而夸张，主见胸闷息粗、呼吸急促若不能接续者，手足冷，或拘急、不语，但内心明白，或紧张抑郁多疑，唇微紫、舌暗红或紫红，脉小弦或数，查血压、脉搏、心电图等一般无何改变。方以四磨饮子去人参加麻黄，或配四逆散、丹栀逍遥散等出入。此类阳郁者易于化火，辛温药量不宜过大，必要时亦可辛寒与苦寒同施。

4. 浊瘀阻肺，肺阳郁闭。浊瘀者俱属阴邪，可直接郁闭肺阳，亦可损伤肺阳。浊、瘀又有不同，其为病则又可分可合。临床如慢支并阻塞性肺气肿、肺心病，因感染加重发作，肺梗塞、冠心病心肌梗塞并急性心衰者不乏见此。症见胸闷或胸痛持续，喘促或咳喘，痰多不易咯出，烦热有汗，四肢逆冷，面唇紫绀，苔薄或腻，舌紫，脉沉细数或结代或叁伍不调。药以麻黄、桂枝、瓜蒌、薤白、桑皮、葶苈、降香、丹参等组合，胸痛甚可配乌头、玄胡；烦热汗多，麻黄、桂枝量慎，加用石膏、黄芩；以浊为主加苏子、川朴，以瘀为主者重用活血化瘀加桃红、红花等；重症由闭转脱时，麻黄、桂枝炙用，无须停撤，但应记重剂参附龙牡同进。

肺阳实从临床观察并不少见，但一般仅注意肺气贲郁而调畅肺气，对肺阳实的存在和宣通肺阳每每忽视。由于病因阴寒凝闭之邪，加之阳郁不能外达，故肺阳实的病理系寒热夹杂以寒为主，当然由于个体特点和疾病的阶段不同，也有阳郁壅遏肺阳者（如风温病的某个阶段），临床胸闷气憋、喘咳等肺经症外，在把握阴寒证的同时要注意有无烦躁、内热，面唇青紫、舌暗、脉沉细数告示阳郁之

象，结合辨病时辨证有一定帮助。如肺阳实与血气分析中CO_2、O_2分压的变化可能有一定联系。组方随证而定，但麻黄、薤白、桂枝等不可少，肺阳郁热宜苦寒收敛，故热重者伍以石膏，惟兼心肝气郁时可与苦寒同用。经临床实践证明，大多数肺阳实证用宣通之法可提高疗效。但对某些急症重症有肺阳郁闭者，陷于以往缺少严格对比观察，或未予针对性治疗，是否有价值，尚待进一步研究。

（唐蜀华　李七一）

赵冠英　辨治急性心肌梗塞的经验

急性心肌梗塞属中医"真心痛"、"厥心痛"等范畴，其发病急促，变化多端，常因失治与误治而导致猝死。如《灵枢·厥病》云："真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死"。赵冠英教授根据急性心肌梗塞(以下简称心梗)发病的病机特点，着眼于脏腑、阴阳、气血的虚损，总结出分期治论的方法。

分期论治

赵老师认为心梗一旦诊断明确，就要不失时机地采取相应的急救措施，运用宏观与微观相结合的基本原则，依照心梗的病因、病机、病症变化规律，将其分为危重期、演变期、恢复期，分别采用温阳救逆、强心安神、调补阴阳、益气活血、化瘀通脉、和胃通腑等主要治法。经224例心梗患者的临床治疗观察，疗效满意，病死率下降为6%。

一、危重期一般多在发病1－6天内，临床表现为骤发性剧烈心痛，口唇爪甲青紫，手足不温或厥冷，胸闷气促，有窒息濒死感，恶心呕吐，甚则大汗淋漓，舌质紫黯，脉多微弱欲绝。证属心阳虚极或阳虚欲绝，血瘀痰阻，阴邪弥漫。救治之法，以温阳救逆为要，以防心阳暴脱。赵老师每用参附注射液配自制温阳救逆汤(红参、麦冬、五味子、桂枝、熟附片、黄芪、丹参等)急煎频饮或鼻饲。如症见咳喘憋气，不得平卧，可加白术、茯苓、葶苈子、桑白皮等强心利水；症见恶心呕吐不止，用人参、姜半夏、砂仁、藿香等煎汤小量频服；心痛频作，加玄胡、细辛、罂粟壳以通阳行气止痛。

二、演变期一般在发病7－21天，险恶之期虽过，病情尚不稳定。此期多见胸闷憋气，心悸气短，时作心痛，神疲乏力，惊惕多疑，食少眠差，自汗盗汗，易寒易热，舌质黯淡，苔薄白或薄黄，脉沉细或三五不调。证属阴阳两虚，气滞血瘀。治以调补阴阳，化瘀通脉法。常用党参、黄芪、桂枝、黄精、麦冬、丹参，郁金、红花、当归、川芎、三七粉等。阳虚恶寒，加肉桂、熟附片；阴虚发热，加玉竹、生地；脾胃失司，纳呆腹胀，加佛手、鸡内金、砂仁；大便偏干，加枳壳、酒军或肉苁蓉；汗出较多，加浮小麦、煅牡蛎等。

三、恢复期一般在发病4－6周左右，病情基本稳定。此期多见心悸气短，动则汗出心痛，且痛有定处，腹胀纳呆，大便不畅，舌质黯淡或有瘀斑，苔薄白，脉弦细。证属心气不足，脉络失畅。治以益气活血，和胃通腑法为主。常用黄芪、党参、白术、茯苓、丹参、川芎、石菖蒲、当归、鸡内金、陈皮、枳壳、酒军、三七粉等。心痛时作，加玄胡、细辛；大便秘结不下，加玄参、火麻仁、全瓜蒌；失眠多梦，加百合、炒枣仁等。

辨治要领

一、审证求因，气血为主。赵老师认为心梗多属本虚标实之证，本虚是指气虚、阴虚、阳虚、五脏虚损，标实为血瘀、痰浊、气滞、寒凝，但其中气虚血瘀是发生心梗的主导。中医认为，大凡年逾四十、形气渐衰，加之思虑劳伤过度，损伤气血，或素患胸痹，胸阳不振、久延不愈，而致气血虚衰，气血无

力推动血液运行，则血行迟滞，形成瘀血，心脉瘀阻，而出现真心痛之症。诚如《景岳全书》所言："凡人之气血，犹源泉也，盛则流畅，少则瘀滞，故气血不虚则不滞，虚则无有不滞"。因此赵老师提出益气活血法在心梗救治中占有很重要地位，七分益气，三分活血，以补为本，以通为用，寓补气于化瘀之中，使阳气布而阴凝消，经脉通而血运复，俾心痛得以缓解。

二、溯本求源，阴阳为要。赵老师指出心阳虚损是心梗发病的根本原因，也是本病发展的必然结果。因为心为火脏，是阳中之阳，心阳具有推动血液运行，温煦五脏六腑、四肢百骸的作用。胸阳不振，不能温运气血，血寒凝涩，心阳虚损，心脉痹阻，而致胸痛难忍，四末不温等症。阳不化阴，阴不守阳，必致阴阳两虚，甚则阴阳离决。《医宗必读》云："人身之水火，即阴阳也，即气血也。无阳则阴无以生，无阴则阳无以化"。故此赵老师认为调理阴阳是治疗心梗的重要法则，不论温阳或养阴，都要二者兼顾，补阴顾阳，补阳护阴。正所谓：善补阳者，必于阴中求阳；善补阴者，必于阳中求阴。方可使阳生阴长，达到救病人于危急之中。

三、理虚固本，脾肾为先。赵老师认为心梗虽发病在心，但可累及其他脏腑，而其他脏腑有病亦可诱发心痛。临症时心之虚损往往伴有他脏的虚损，主张治疗心梗要时刻注意调理诸脏的虚损，其中尤以培补脾肾为先。

心居上焦，属阳主火，肾居下焦，属阴主水，心火下潜以温肾阳，肾水上济以资心阴，共奏阴阳协调，水火相济之功。心血靠肾精化生而补充，心阳随肾阳隆盛而鼓动血液运行。因此可见，心痛的发生无不与肾之阴阳虚损有关。赵老师提出在治疗心梗的过程中，"欲养心阴，必滋肾阴；欲温心阳，必助肾阳"。

脾病气血生化乏源，无以奉心化赤，心失荣养则发心痛。赵老师认为心梗之气虚，常与脾胃虚弱有关。再则，脾虚则痰湿内生，阴浊阻于胸中，胸阳不宣，痰瘀胶结，而致真心痛。故而他针对不同证候，采用不同的治法。气虚不运者，健运脾胃，补中益气，中气盛则宗气旺；痰湿内阻者，健脾化湿，痰湿消则胸阳展；中焦虚寒者，温中散寒，寒凝散则阳气运，营血畅行。

四、坚持治疗，确保康复。诊治技术和各种抢救措施日渐完善，心梗的救治成功率逐年提高。然而病情虽然缓解，但发病的因素并未根本消除。患者气血不足，阴阳失调，脏腑虚损，并不能于短期内恢复如常。一旦遇有寒温失常，饮食不节，情志不畅等，心梗即可再发。故赵老师指出，本病恢复期以后1－2年之内需长期坚持服用中药治疗，这对于预后和康复至关重要。他根据患者的阴阳、气血、脏腑虚损等不同证候进行辨治，治疗多以益气活血，滋补肝肾，补养心脾等法。复发者甚少，其中有服药长达十数年者。

用药特点

一、重用黄芪。赵老师在治疗心梗时，方中必有黄芪，而且用量多在30g以上。他强调黄芪能补五脏诸虚，善补胸中之大气，大气行则血瘀通，此即"大气一转，其结乃散"之谓。黄芪合人参则益气，合当归则补血，配桂枝、附子治卫虚亡阳汗出不止，兼有补气活血，补气生血，补气升阳，补气生津等功能。如心阳虚损可与人参、附子相伍以温阳益气；心气不足，脉络失畅配当归、川芎、丹参等益气活血；阴阳两虚，可与桂枝、生地同用调补阴阳；脾肾不足合党参、杜仲、白术共奏健脾益肾之功。他还指出，黄芪用于补益虚损，需久服多服，方能收到理想的效果。

二、善用附子。赵老师指出，附子能"通行十二经，无所不至，能引补气药以复散失之元阳"，又能"引补血药以滋不足之真阴"，因此是治疗心梗之要药。如腑气不通，用附子合大黄；虚阳上扰，以附子合生龙牡、珍珠母；属心肾两亏者，附子配生熟地、麦冬、首乌；心动悸，脉结代，附子伍石菖蒲。赵老师以为：附子虽为辛热燥烈之品，但只要配伍得当，阳得阴助，热得寒制，则温而不燥，刚而不烈。

三、活用人参。"人参能回气于垂绝，却虚邪于俄倾"，在抢救心梗时人参也为首选药物。赵老师根据心梗之不同证候、不同时期、不同季节，采用不同品种的人参及不同用量和不同的服药方法，真正达到补元气，救虚脱之功效。主张气衰亡阳，病情凶险危急之际，以野山参或红参15—30g伍附子急煎频饮；阴阳两虚则用生晒参8—10g调补阴阳之虚；恢复期以后，大多用西洋参3—6g代茶饮，缓补气血。并强调冬用红参，夏用西洋参，春秋可用生晒参或白糖参。

四、多用大黄。心梗患者，大多有不同程度的便秘，因此常因大便用力而使病情加重，甚至猝死者屡见不鲜。赵老师临症极其注重患者腑气之通畅，故在演变期和恢复期多用大黄通腑。他认为大黄虽为力猛峻下之品，但它即行气分，又行血分，无坚不破，不但能通腑泻下，而且能攻逐瘀血，大黄酒制，更增行气活血之功。与参芪同用，使大黄逐去坚积，不伤正气，参芪充盈正气，而不助邪气，正所谓不攻则不能去其实，不补则无以救其虚。便秘见气虚者以酒军配白术，血虚者配当归，阴虚者配玄参，肾虚者配肉苁蓉，湿盛痰阻者配全瓜蒌。

五、必用活血化瘀药。赵老师强调，救治心梗，活血化瘀药是必不可少的，因为心脉瘀阻是其病机的重要环节。临症时，根据病情轻重、病程长短、体质强弱选方用药。如阳虚者用桂枝、川芎、苏木；阴虚有热者用丹皮、赤芍、丹参；气血不足者用当归、鸡血藤；血瘀明显者用泽兰、红花、莪术、水蛭；以疼痛为主者，选用元胡、乳香、没药等。并必与温阳、益气、滋阴、调补脏腑之品同用，以达活血通脉、祛瘀生新之目的。

六、常用养心安神药。鉴于心梗患者在病中会先后出现惊悸不宁，难眠易醒，寐少梦多，恍惚不安等症，赵老师十分重视护养心神，在益气活血的基础上配伍养心安神之品。如见心气虚者可选用桂枝、石菖蒲；心阴亏者常选用柏子仁、炒枣仁、五味子；阴阳失调者选用合欢花、夜交藤、百合；肝阳上亢者多选龙骨、牡蛎、珍珠母；瘀血阻滞，脉络不和者选琥珀、丹参；痰浊内阻者可选远志、茯苓等，俾心神守舍而惊悸除。

赵冠英教授临床对急性心肌梗塞的主要辨治方法、辨治要领和用药特点，为中医药治疗本病提供了丰富的临床经验和理论依据，给后学者以深刻的启迪。

（张京）

谢海洲　　从肝论治神经衰弱

神经衰弱是由于长期或严重的精神刺激，用脑过度，心情不畅，病后体虚等引起大脑兴奋和抑制功能失调的一种常见多发病。属中医的"郁证"、"心悸"、"不寐"、"虚损"、"阳萎"等病范畴。谢海洲老师从医50多年，对治疗情志病有丰富的经验。现就近年来在门诊治疗的94例神经衰弱病总结如下。

临床资料

一般资料　本组共观察94例，其中男性36例，女性58例。年龄在15－64岁之间，其中15－30岁者55例，31－50岁者36例，51岁以上者3例。临床表现失眠多梦者70例，神疲乏力者65例，头晕者58例，记忆力差者40例，心情烦躁者30例，纳呆乏味者24例，胸胁胀者26例，月经不调者16例，阳萎者11例。

病例选择　神经衰弱的临床表现多种多样，但以失眠多梦、神疲乏力、头晕头痛、记忆力差、心情烦躁为主症。兼症可见两胁胀满、心情郁闷、胆小易惊、阳萎早泄、月经不调等。凡见以上2－3个主症及1－2个兼症，理化检查未发现器质性病变，除外其他疾病者，可作为观察对象。

治疗方法

以柴胡枣仁汤为基本方，药物由柴胡10g，黄芩10g，白芍10g，百合20g，酸枣20g，五味子15g，知母10g，川芎10g茯苓15g，党参10g，大枣5枚，甘草3g组成。凡诊断为神经衰弱者，以柴胡枣仁汤为主，再辨证加药。如心情急躁者加黄连、栀子；失眠较甚者加生龙骨、生牡蛎、合欢皮、菖蒲、远志、琥珀粉；神疲乏力者加白术、仙鹤草、五加皮；大便干结者加大黄；纳呆乏味者加乌梅、焦三仙、焦山精；两胁胀满者加香附、枳壳；月经不调者加当归、益母草等。患者每日一剂，水煎两次混匀，分中午和晚上临睡前两次口服。一周为一个疗程，一般观察4－6个疗程。

治疗效果

疗效评定标准　痊愈：临床症状全部消失；显效，临床主症消失；好转，临床症状部分消失，无效，治疗前后无变化。

治疗结果　痊愈31例，占33%；显效50例，占53.19%；好转10例，占10.6%；无效3例，占3.2%。

病案举例　案1：何某某，女，32岁，干部。于1991年10月8日初诊。自述1年前因惊后引起失眠多梦，心情烦躁，胆小怕事，记忆力减退，口苦咽干，月经提前，神疲乏力，舌红苔薄黄，脉弦细数。各项理化检查正常，诊断为神经衰弱，经多方求治，效果不显，病情有增无减。谢老师认为该患者为女性，女子常血不足，肝体失养，易于肝旺，加之惊吓，胆气受伤，失于条达，久郁化火，更伤阴血，而现诸症。证属肝虚火旺，神情不安。治以养血柔肝，清热安神，方用柴胡枣仁汤加黄连、生龙骨、

生牡蛎。七剂水煎服。10月16日二诊，自述药后睡眠好转，精神有增、口苦亦减。下方继服，经治疗三个疗程，诸证已除。

案2：刘某某，男，17岁，学生。于1992年5月9日初诊、患者因去年中考，学习紧张，思想负担重，引起失眠多梦，每晚约睡眠3小时，次日神疲乏力，上课精力不集中，记忆力减退，伴心情烦躁，大便偏干，舌淡红苔薄黄，脉弦数。曾服枣仁安神液有效。谢老师认为该患者肾气未充，肝常有余，不耐疲劳，又因学习紧张、劳累过极，罢极伤肝，肝阴亏损，致肝气不舒，魂不守舍。治以养阴清肝，安神定志，方用柴胡枣仁汤加生龙牡、栀子、琥珀粉，七剂。5月16日二诊，自述服3剂后，已能睡眠5小时，心情烦躁转佳，大便正常，精神好转，舌淡红苔薄黄，脉弦，用原方治疗四个疗程，症状全部消失，学习成绩提高。

体　会

一、本病主要责于肝　以往多数医家认为本病由于心、肝、脾、肾功能失调所致，尤其重视心在本病发病中的作用。这主要依据脏家学说。如：神志活动分属五脏，而心又为君主之官，主血脉系神明，故神志主宰于心。谢老积多年临床经验在总结前贤治本病的基础上，认为本病的发生，在四脏之中，以肝最为重要。因肝为刚脏，主疏泄而调情志，内寄相火，魂舍其内，体阴而用阳。肝血不足，肝体失柔、疏泄失调，久则肝阴亏损，内生虚热，相火妄动，魂不守舍，阴亏阳胜，阳不入阴，则失眠多梦；肝阴不足肝阳偏亢、则头晕头痛、心情烦躁；肝为罢极之本，耐疲劳而主体力，魂由肝所系，疲劳或用脑过度，必伤于肝，肝伤精绝，则不耐疲劳，可见神疲乏力，精力不集中，甚则记忆力减退。谢老师除强调肝与本病的关系之外，认为与胆也有密切关系，因肝与胆相表里、盛则同盛，衰则同衰。胆为中正之官，属阳木而主决断。胆气不足，则胆小易惊；胆经有热，则失眠多梦。神经衰弱的多种症状无不与肝胆有关。

二、谢老师治疗情志病常宗仲景之法，喜用仲景之方。基于本病的发病主责于肝，故治疗多从肝入手。肝血不足者，以养血柔肝为法；肝阴不足者，以养阴清肝为治。调肝安神为基本大法。以仲景柴胡桂枝龙骨牡蛎汤、酸枣仁汤、黄连阿胶汤、百合地黄汤等化裁，组成柴胡枣仁汤为基本方。中医的每种病都有自身的发病、变化、转好的规律，有其独特的病因病机、证候类型和治疗特点、治疗专病有专方，专症有专药。在此基础上、再辨证加药，更切临床，方能提高疗效。治疗本病也是如此，方中生地、白芍、知母、百合为甘寒之品，崇阴以制火，滋阴以清热，使肝木行养，肝体柔润，热清神安，阴阳平衡；以酸枣仁、五味子酸以收之，敛其太过，以酸补肝；肝急欲缓，以甘草、党参、大枣之甘，以缓其急；肝胆有热，以柴胡疏肝清热，条达肝气。综观全方，具有养血柔肝，清热安神之功。治疗本病要多用阴药，少用阳药。经治疗94例、总有效率为96.8%，收到了满意的疗效，说明从肝调治神经衰弱有其重要性。

（王承德）

路志正　　治疗"肝心痛"临床思路与方法

路志正老师从医50余年，学识渊博，临床经验丰富。擅长治疗心脏病和内科疑难杂症，对冠心病（心绞痛）尤多心得。根据中医脏腑相关理论，结合自己多年研究"心痛证"的临床经验，将"心痛证"分为肺心痛、肝心痛、胆心痛、脾心痛、胃心痛、肾心痛等六种，临床疗效满意。其经验独特，自成体系。现将老师对肝心痛辨证论治的思路与方法，笔之于后，供同道们参考。

心痛证早在《内经》中即有明确论述，并根据不同致病因素所引起的证候分为肾心痛、脾心痛、胃心痛等，其中将肝（胆）功能失调所致之心痛称之为"肝心痛"。《灵枢·厥病篇》曰："厥心痛，色苍苍如死灰状，终日不得太息，肝心痛也"。肝心痛的临床症状以与情绪波动相关的心胸胁肋发作性疼痛、脉弦等为主。临床表现部位，与心肝经经路走向有关。如《灵枢·经脉篇》云："肝足厥阴之脉……挟胃属肝、络胆，上贯膈、布胁肋……。是肝生病者，胸满呃逆……"。"心痛者，胸中痛，胁支满，胁下痛，膺背肩胛间痛，两臂内痛"（《素问·脏气法时论》）。导致本病发病原因，前人认为："肝脉虚受邪传为心痛"（《圣济总录纂要》）；"心脉急甚者，肝邪干心也"（《难经·十难》）。说明诱发本病的原因为情志失调、劳伤、六淫邪客等致经脉不通，脏腑、脉络失于气血濡养而发心痛。祖国医学的"心痛证"包括了近代医学"缺血性心脏病"。

肝主疏泄条达，如肝气郁结，畅达失职，则胸肋闷痛。食气入胃，赖肝木之气以疏泄之，木不疏土，则水谷不化，故餐后发生心痛；气机郁久，易于化热生火，故见心中灼痛；木气冲和条达，无所遏郁，则血脉得畅；气滞血脉瘀阻，心脉不通，则心痛如刺如绞，痛处不移；血不利则水不行，凝结为痰，痰瘀闭塞脉道，则心胸疼痛持久，不易缓解。如肝气横逆，疏泄太过，阳气升腾，心痛向两胁放射走窜，或遇怒突然心胸剧痛；气有余便是火，可见心胸灼痛。如肝肾阴虚，阳气升动亢逆，肝风内动，脉络失养而挛急，则心痛伴有高血压。"肝藏血，心行之"，肝血虚，血不荣络，筋脉拘挛至心痛胆怯。肝阳不足，木不生火，寒邪直中心脉，寒主收引，心脉拘挛，血管闭塞，不通则痛。心藏神，肝藏魂，胆主决断，如突受惊吓，中正失司，骤然心痛。

1. 肝气郁结致心痛　临床有明显的情志不畅、抑郁或卒受过度刺激致精神紧张，心脉挛急诱发。兼见胸膺憋闷不适，胁肋胀痛苦满，意志消沉，脉弦或沉结。肝主疏泄、畅达气机，调和气血，如肝气郁结，疏泄失职，气机郁滞，致气血运行受阻而发病。治以疏肝解郁法。方用柴胡疏肝散（《景岳全书》）加味：柴胡、枳壳（炒）、白芍、香附、川芎、甘草、郁金、元胡、鸡血藤、茯神、石菖蒲。

2. 肝气横逆致心痛　表现为性情急躁，心烦易怒，心痛向胁部放射，或走窜疼痛，或遇怒突然心胸剧痛。因肝气横逆，疏泄太过，克脾犯胃，浊气上逆，脉络痉挛所致。治以抑木降逆法。方用化肝煎（《景岳全书》）加味：青皮、陈皮、白芍、丹皮、栀子、泽泻、贝母、蒲黄、五灵脂、木瓜、降香、甘草。

3. 肝火上炎致心痛　发作时胸胁疼痛，伴有烧灼感，面红目赤，眩晕耳鸣，舌红苔黄，脉弦数。气有余便是火，火性炎上，气血并逆，心神被扰。治以泄肝降逆法。用泻青丸（《小儿药证直诀》）合小陷胸汤（《伤寒论》）：当归、川芎、冰片、山栀、大黄、羌活、防风、黄连、半夏、全瓜蒌。

如肝经实热者，伴有血压升高，大便秘结等症，宜当归龙荟丸（《宣明论方》）：当归、龙胆草、芦

荟、黄连、黄柏、大黄、黄芩、栀子、青黛、木香、麝香。

4.肝火挟痰致心痛　肥胖体质，痰湿素盛，卒然心痛，长期血压高，且波动较大，面红气粗，首重如裹，舌红、苔黄厚腻，脉弦滑或沉滑等。因肝气有余，化火灼津，凝结为痰，闭阻脉道，血不利则水不行，形成痰遏瘀阻之势。治以清肝化痰法。用小陷胸汤(《伤寒论》)加味：全瓜蒌、清半夏、黄连、青黛、石菖蒲、郁金、白僵蚕、制乳香、制没药、琥珀、天竺黄。

5.肝风内动致心痛　心痛频繁发作，伴见眩晕头痛，面红目赤，血压升高，有将发或已发中风之象，乃为肝阳暴涨，血随气升，冲动亢逆，筋脉挛急之故。治以平肝潜阳熄风法。用天麻钩藤饮(《杂病诊治新义》)加减：天麻、钩藤、生石决明、川牛膝、桑寄生、杜仲、栀子、黄芩、益母草、朱茯神、夜交藤。酌情选加：生地、珍珠母、生龟版、全蝎、蜈蚣、白僵蚕、石菖蒲、天竺黄、丹参等。

6.肝肾阴虚致心痛　胸中疼痛，时感灼热，眩晕耳鸣，腰膝酸软，五心烦热，盗汗，舌红苔少，脉弦细数。血压升高。肝肾同源，水不涵木，脉络失养而挛急，血脉持续痉挛引起心肌缺血、缺氧而发心绞痛。治以补肝益肾法。方用一贯煎(《景岳全书》)加味：生地、北沙参、枸杞子、麦冬、山萸肉、丹皮、当归、白芍、白蒺藜、丹参、白僵蚕、龟版等。

7.肝血不足致心痛　证见心痛心悸，劳累则加重，肌肉瞤动，面色苍白，爪甲不荣，眩晕，脉细或结、代，舌淡白。过劳则气血暗耗，肝藏血，心脉赖肝血濡养，肝血虚则肝络失荣，筋脉拘挛急迫而发心痛。治以滋补肝血，缓急止痛。方用补肝汤(《医宗金鉴・杂病心法》)合芍甘汤加减：当归、川芎、熟地、白芍、炒枣仁、丹参、西洋参、山萸肉、鸡血藤、炙甘草等。

8.气滞血瘀致心痛　表现为心胸胀满憋闷，心前区阵发性绞痛或痛，遇情志不舒加重。血液粘稠度增高，血流缓慢。舌质暗、有瘀斑，脉沉涩或结、代。因情志不遂，郁怒忧思，致肝郁气结，疏泄不利，气滞血瘀，心脉瘀阻而发心痛。治以疏肝解郁，活血化瘀法。方用复元活血汤(《医学发明》)加味：柴胡、瓜蒌根、当归、红花、甘草、山甲珠、大黄、桃仁、制乳香、没药、三七粉、沉香末等。

9.肝寒血凝致心痛　心痛发作与长期贪凉感寒有关，或阳气不足，或寒邪直中厥阴而发病。肝主筋，其经脉布胁肋、贯膈。寒性收引，筋脉拘挛，血管闭塞不通则痛。治以暖肝温经，散寒止痛法。方用暖肝煎(《景岳全书》)加味：肉桂、小茴香、茯苓、乌梅、枸杞子、当归、沉香、生姜、白蒺藜、紫丹参等。

寒邪直中者，宜当归四逆汤(《伤寒论》)加味：当归、桂枝、白芍、细辛、炙甘草、通草、大枣、吴茱萸、川椒、薤白、蜈蚣、檀香等。寒闭心痛甚者，加用苏合香丸。阳虚欲脱者，参附汤合生脉散加味：人参、附片、麦冬、五味子、黄精、鹿茸、炙甘草、生龙牡等以回阳固脱。

10.肝脾(胃)不和致心痛　心痛常因饭后发作或加剧，或餐后出现发作性心律紊乱，胸脘满闷，胃气上逆，嗳气干呕。证因肝气犯胃，横逆克土，或肝气抑郁、木不疏土所致。治以调肝理脾(胃)法。证属肝气犯胃者用抑木和中汤(《医醇賸义》)：当归、青皮、白蒺藜、郁金、陈皮、苍术、白术、厚朴、木香、砂仁、茯苓、佛手、檀香。

若肝郁脾虚者，宜逍遥散(《太平惠民和剂局方》)加味：柴胡、白术、白芍、当归、炙甘草、茯苓、薄荷、煨姜、砂仁、广木香、党参、焦三仙等。

11.胆火扰心致心痛　症见胸满心痛，目眩耳聋，烦躁易怒，夜寐不宁，舌红苔黄，脉弦滑或兼数。胆附于肝，其脉络肝。痰火郁遏，相火炽则君火亦炎，心神不宁，导致心痛。正如《医学入门》说："心与胆相通，心病怔忡，宜温胆汤。"故治用清胆宁心法。少阳火旺者，投以黄连温胆汤(《千金方》)：半夏、陈皮、茯苓、甘草、炒枳实、竹茹、黄连、大枣。若兼气滞者，酌加醋元胡、丹参等。肝胆湿热者，治用龙胆泻肝汤(《兰室秘藏》)：龙胆草、栀子、黄芩、生地、泽泻、车前子、柴胡、当归、木通。依病情可加滑石、薏苡仁等。

12. 胆气虚怯致心痛　心痛，并见虚烦不宁，失眠，恶梦易惊，善恐，恶闻木声，如人将捕之状，短气乏力，脉弦细，舌质淡嫩或边红苔白。胆性刚直，中正而主决断。唐容川云："胆气通于心"。若惊恐损伤肝胆，则精气内夺，致心脉失养而心脉挛急而发心痛。治以养血柔肝，安神宁胆。方用酸枣仁汤（《金匮要略》）加味：酸枣仁、知母、川芎、茯苓、甘草、龙齿、朱砂、鸡血藤、夜交藤等。

病案举例

例1：孙某某，男50岁。1982年11月8日入院，住院病历号825038。患者于79年9月因骤发"胸痛"到某医院就医，经检查确诊为"急性心肌梗塞"而急诊入院抢救，治疗月余病情缓解出院。但此后每逢气候变化或情志不畅即出现发作性胸痛。近因气候骤然转寒，于昨日则见胸闷憋气，胸痛掣背，四肢不温，右下肢拘挛疼痛，舌质暗，脉沉细，舌苔白。心电图提示：①陈旧性心肌梗塞（前壁）。②不全性房室传导阻滞。诊断为冠心病（陈旧性心肌梗塞并心绞痛）。中医确诊为肝心痛，是因寒邪直中厥阴所致。治以暖肝温经，散寒止痛。方用当归四逆汤加减：当归15g，薤白10g，桂枝9g，白芍9g，炙甘草9g，细辛3g，通草3g，吴茱萸6g，麝香0.3g（冲服）。另以苏合香丸1粒（吞服），以温经通脉，透闭开窍。服药2剂，发作次数明显减少，疼痛减轻。后随症依法达变，选用丹参、瓜蒌、檀香、降香、蜈蚣、全蝎、僵蚕、石菖蒲、郁金、琥珀等药。先后服药40余剂，临床症状消失。心电图示：陈旧性心肌梗塞，T波恢复。随年未见复发。

例2：简某某，男，56岁，1990年3月12日初诊。主诉：发作性胸闷胸痛已5年。经某医院诊为"冠心病"，"心绞痛"。今晨因故未从心愿而急躁易怒，突觉胸膺憋闷疼痛，心慌，头晕头痛，左半身麻木，舌质红，苔稍黄，脉弦数。查心电图提示：心率94/分，IS－T段下移，TV3倒置，TV5低平。血：β－脂蛋白6.7mg/L，胆固醇10.0mm01/L，血压22.7/14.7kPa。确诊为冠心病（心绞痛），高血压病。中医根据四诊合参诊为肝心痛。证属肝阳暴涨，肝风内动所致。治以平肝潜阳，凉肝熄风。拟天麻钩藤饮加减：天麻10g、钩藤10g（后下）、僵蚕10g、生石决明30g（先煎）、珍珠母30g（先煎）、山栀9g、天竺黄10g、益母草9g、杜仲9g、生大黄9g（后下）、牛膝10g、茯神10g。

服药3剂，发作次数减少，左半身已不觉麻木，血压20.0/13.3kPa。上方去大黄、珍珠母，加降香9g、石菖蒲9g，连服6剂。心痛发作得控制，血压18.95/11.97kPa。改用疏肝理气，活血通脉法治疗：柴胡9g、当归10g、桃仁10g、制乳没各9g、丹参15g、全瓜蒌15g、降香6g、白僵蚕9g、石菖蒲6g。后以上方随症加减，选用天麻、土元、地龙、枳实、沉香等，续服30余付，自觉已无异常。复查心电图大致正常。临床治愈。

（李锡涛　路喜素）

盛国荣　　治疗疑难急症经验举隅

吾师盛国荣临床临证六十余年，识验俱丰，善以理论指导实践，屡起沉疴痼疾。兹举疑难急症治验数则，以飨读者。

眩晕、水肿(肾性高血压)

李某某，男58岁，干部，1990年11月6日初诊。

患者高血压病反复发作头痛、眩晕10多年。近一个月来发作频繁，伴下肢浮肿，经检查诊断为肾性高血压，冠心病、动脉硬化症，经中西药物治疗，病情未见改善而求诊于盛老师。

视患者颜面浮肿，面色晦暗，四肢颤抖，行走不稳，需人扶持，并诉头痛眩晕，心悸气促，寐差多梦，腹胀纳少，口干不欲饮，下肢浮肿，小便短少，大便秘结，舌淡胖苔白腻，脉弦大无力。血压29.3/15.5kPa，尿检：蛋白(十十)。病因阳虚湿阻，气机运化不畅，升降出入失常，拟温阳化气，健脾利湿，佐以解痉利尿。药用：黄芪、带皮茯苓各30g，葛根20g，白术、车前子各15g，地龙干、夏枯草各10g，川附子、干姜、砂仁各6g，水煎服。

二诊：药后6剂，头痛眩晕好转，余症均减，但二便未畅，舌脉同上，血压26.7/13.3kPa。药已中鹄，勿庸更弦，加强运斡气机，调和升降，以期二便通畅，于上方去夏枯草加火麻仁、郁李仁各10g，另以玉米须60g，山药20g，先煎15分钟后去渣，取汤液煎上药。并嘱以草决明研末，每次10g，开水冲服。

三诊：服药6剂后，气机条达，大便通，尿量增，下肢浮肿渐消，头痛止，眩晕减，行走渐稳，余症亦减，血压24/13.1kPa，舌淡胖苔白腻，脉弦大无力尺弱。气机虽畅，湿浊未净，升降仍阻，宜加强温阳化气，健脾化湿之力。药用：生晒参、白术、花椒各10g，黄芪、赤小豆、带皮茯苓、黑稆豆各30g，猪苓、泽泻、地龙干各15g，干姜6g，肉桂粉2g(分二次冲服)，另嘱血鹿茸粉每次1g，以鸭汤冲服。

四诊：服药10剂，并配服血茸粉3次，眩晕止，头痛未发，下肢浮肿明显消退，二便通畅，精神倍增，已能独立外出行走，舌淡红苔薄腻，脉弦滑。尿检：蛋白消失，血压21.3/12.5kPa。以三诊处方续服，并嘱血肉有情之品调养以巩固疗效。1991年4月10日随访，诸症均失，行走自如，矫健如昔，血压20—21.3/12—12.7kPa，已能上半天班，病告愈。

头痛、眩晕、水肿乃肾性高血压病的常见症状，对于那些病因错综复杂、症情千变万化，病程缠绵不已，而常规治法无效之患者，盛老师每以调和升降出入，旋斡气机运化，使其气机运化通畅，升降出入复常，则病可迎刃而解。细析本患者病情，乃气机运化失健，致使湿浊内阻，升降出入失常，该升者不升，清阳受阻，津液不能输布，症见头痛眩晕，口干不欲饮；该降者不降，故见二便不利。而究其导致升降出入失常者，则在于脾肾阳虚，症见患者颜面浮肿、晦暗，舌淡胖苔白腻、脉弦大无力，此乃本病辨证要点。盛老师指出患者脉虽弦大，但中空无力，是为阳虚之象，这与肝火上扰、肝阳上亢之脉弦劲有力，迥然有异。临床上恒见一些老年性高血压患者，脉象多弦大，此乃动脉硬化之征，切勿一概误认为肝火、肝阳之因，于此之际，务须细审详参四诊资料，找出其病因，如是辨证立法，施治用药方可丝丝入扣。

本患者立法、处方、用药自始至终紧扣温肾阳以利水，补脾气以化湿，药用：生晒参、黄芪、附子、干姜、肉桂、鹿茸、白术、砂仁等，俾脾肾健，运化旺则水湿行，此乃治本之计。而条畅气机、利水道、开启二阴又势在必行，故用车前子、猪苓、泽泻、茯苓皮、玉米须、赤小豆、地龙干、黑稆豆利小便、通水道；以火麻仁、郁李仁、草决明通大便，启后阴；伍以葛根、花椒利气机，通三焦，诚如《本草疏证》说："葛根之用，妙在非徒如瓜蒌但润阴津，亦非徒如升麻但升阳气，而能兼擅二者之长。"《本草纲目》说花椒"解郁结，通三焦"此乃治标之计，标本兼顾，脾肾阳充，运化复健，二便通利，则气机运化条达，升降出入复常，而头痛、眩晕、水肿均冰消雪解。

阴虚湿热(变应性亚败血症)

黄某某，女，60 岁，台湾人，1991 年 6 月 7 日初诊。

患者全身关节肌肉红肿酸痛伴反复发热一年。曾在台湾某医院，诊断不明，经用激素等西药治疗，症状反复发作，并先后求诊于北京、安徽等地，诊断为变应性亚败血症。1991 年 5 月 25 日住厦门国际中医培训中心，给予激素及白虎汤类方等中西药，症状未见好转，乃请盛老师会诊。

视患者形体虚胖，面色潮红，发热(T39－40℃)并伴周身关节肌肉疼痛，尤以双肘及膝关节为剧，红肿行走不利，双下肢皮肤红斑，不痛不痒，口渴不欲饮，大便硬结，小便短少，舌质红，苔薄黄腻，脉细数。实验室检查：白血球 31.6×109/L，血沉 54mm/h，抗"O"＞500u，血培养阴性。盛老诊为邪热久羁，气阴两虚，湿毒蕴结三焦，拟予养阴透热，扶正祛邪以引邪外出。处方：(一)高丽参 5g、水煎送服紫雪丹 4g；(二)青蒿鳖甲汤加减：青蒿(后下)、黄芩、丹皮各 10g；鳖甲、生地、知母各 20g，水煎服。并嘱激素开始减量。

二诊：服药 6 剂，高热已降，T38℃，余症均减，舌脉同上，药已对症，乃守上法。处方(一)续服，(二)上方加蒲公英、板蓝根、白花蛇舌草各 15g，以加强清热解毒之力，连服一周。

三诊：激素已停服，体温降至 37.4℃，双下肢皮肤红斑消失。左下肢仍抽痛，口不干，大便溏薄，小便增长，舌红苔黄腻，脉细滑。血检：白血球 16.8×109/L，血沉 30mm/H，抗"O"＜500u。邪热渐退，正虚未复，湿浊盘踞经络，宜养阴清热，化湿通络以防死灰复燃，改用宣痹汤化裁。药用：防已、栀子、祈蛇各 10g，蚕沙、生地知母、大青叶、板蓝根各 20g、滑石、苡米各 30g，蜈蚣 3 条，全蝎 3g，水煎服，并嘱原处方(一)续服。

四诊：体温已降至正常，左下肢抽痛亦减，精神转佳，二便正常，舌淡红苔薄白，脉细，血检均已正常。继予参苓白术散化裁以巩固疗效。随访一年，病情未再复发，病告愈。

变应性亚败血症属全身变态反应性疾病，属于中医温热病范畴，多责之热毒充斥三焦，累及营血而成。盛老师根据患者临证表现，诊为气阴虚，湿毒蕴结三焦，投予高丽参炖汤送服紫雪丹以扶正祛邪。高丽参性甘温微苦，功能补气生津以扶正，伍以紫雪丹，功能清热解毒以祛邪，二者合用寒温并举，益气与清热同进，使正气盛而导邪热外泄，乃标本同治之良法，其用心之巧与清·徐灵胎治毛翁上实下虚之痰喘病，以汤药送服人参块，有异曲同功之妙。伍以青蒿鳖甲汤养阴清热。二诊后，邪热渐退，阴虚未复，湿毒盘踞不化，治宜养阴化湿。盛老认为，阴虚夹湿之症，临证处方用药最当谨慎小心，务使养阴而不助湿，燥湿又不伤阴。清·张石顽尝云："若用风药胜湿，虚火易 上，淡渗利水，阴津易于脱亡。专于燥湿，必致真阴耗竭，纯用滋阴，反助痰湿上壅，务使润燥合宜，刚柔协济，始克有赖。"三诊起即投予吴鞠通的宣痹汤化裁，方中去半夏辛燥伤阴之味，佐以生地"取其性凉而滑利流通"，知母"滋化源之阴"；全蝎、蜈蚣、祈蛇搜风通络；大青叶、板蓝根之清热解毒，共奏养阴清热、化湿通络之效。阴津复、湿热清，经络通，病遂愈。

臌胀(慢性肾小球肾炎肾病期)

患孩黄某某，男，8 岁，家住农村。

患孩半年前曾罹肾炎，治疗 20 多天浮肿消退，近半个月再度全身性水肿，腹膨隆，平脐腹围 70mm，腹水征(+++)，阴囊水肿，双下肢呈凹陷性浮肿伴腹痛、厌食、尿短赤等症。实验室检查：Hb87g/L，RBC2.72×10^{12}/L，WBC11×10^{9}/L，TP35.3g/L，A16.8g/L，G18.4g/L，尿常规：比重 1.0006，蛋白(+++)，管型(++)，上皮细胞(+)，脓球(++++)。西医诊为：慢性肾小球肾炎肾病期，而求诊于盛老师。

视患孩面色苍白，四肢消瘦，腹胀如鼓，脐突，双下肢及腹部、阴囊俱肿，按之凹陷，纳差，大便溏，小便短少，神疲懒言，舌淡苔白厚，脉细弱。症属脾肾阳虚，运化失职，水湿蕴聚。先后投予五苓散、五皮饮、实脾饮、金匮肾气丸随症增损，并伍以民间治疗臌胀草药如疟草、玉米须、无根草等，同时以疟草研末调鸭蛋煎成饼热敷脐眼，并配合饮食疗法等综合治疗月余。患孩病情未见好转，浮肿虽略消，但腹胀有增无减，平脐腹围达 72mm，病情甚为危重。

盛老师细揣患孩脉症，乃脾肾阳虚，水失其制，然屡用温肾行水、健脾化湿药而无效，当再深思熟虑。窃思患孩生长于农村，平时饮食不节，杂食生冷不洁之物，损伤脾胃，久则生虫，血即裹之而不化，日积月累而成臌胀。细察其双眼白睛有兰色虫斑，下唇内膜小点如粟粒状，而部呈白色虫斑，再结合其脐腹时痛，厌食，当属虫臌，拟健脾、杀虫、消积之剂以图治。药用：五灵脂、茵陈、泽泻、神曲、金锁匙、猪苓各 6g，槟榔 9g，芜荑 4.5g，桂枝 3g，蝼蛄 5 个，使君仁 5 枚，上药服 3 剂后，即显奇效，患孩小便清长，浮肿渐消，药已中鹄，无庸更弦，上方去蝼蛄、五灵脂，加茯苓皮 15g、陈皮 6g 以加强健脾理气之力，续服 6 剂，全身浮肿明显消退，腹胀顿减，腹围缩至 68cm 食欲增进，精神转佳，维予参苓白术散以健脾益气，升清化浊，又服半个月，浮肿全消，腹围缩至 58cm 腹痛消失。嘱以自拟四神五豆饮(茯苓、山药、莲子、芡实、赤小豆、绿豆、黄豆、黑豆、苡仁)作善后之图。

本例患孩，西医诊断为慢性肾小球明炎肾病期，初诊时辨证为脾肾阳虚之水鼓，投予温阳利水、健补脾肾之剂，并辅以外敷脐眼及饮食疗法，三管齐下，治疗月余，病情有增无减，腹围从 68 增至 72cm，病至危重之境。盛教师于此之际，冥思苦索，细揣病情，分析患孩的生长环境及生活习性，结合其临床体征，复诊为虫臌，施以消积杀虫，健脾利水之剂，始显效验。盛老师语重心长地告诫后学者："医学之道，学无止境，若谓执方治常见病，虽上工亦难保毋误。临证欲得心应手，就须明辨慎思，知常达变。"在处方用药上，盛老师善于掌握分寸，对于烈性剧药的应用皆中病即止，如方中蝼蛄虽有行水之功，然其性走窜，只可偶用不敢滥施，虚者须同补剂同服；五灵脂具有"消积，疗疳杀虫"(《本草纲目》)，除"小儿疳蛔"(《本草蒙荃》)之功。盛老师常伍以使君子等以治小儿蛔虫食积腹痛，屡建其功，然其性善破瘀血，对虚人尤当慎用，所以在水肿渐消之后，即将二药减去，而加入健脾益气之品，以求标本兼顾。此外，对于慢性肾炎恢复期，盛老师每以自拟四神五豆汤作善后之计，认为四神及诸豆具有健脾益气，利水化湿之功，且含有丰富蛋白质，可视患者肾功能情况调整其用量，以补充蛋白质之不足，对于促 进慢性肾炎患者早日康复及预防复发，大有裨益。

(柯联才　盛云鹤)

俞慎初　　临床治疗咳喘的经验

俞慎初教授一生精勤治学，从医数十年来不仅对内、妇、儿科疑难重症诊治积有丰富经验而且对临床常见病也颇为重视，精心研治，每有独到之处。兹将其临床治疗咳喘的经验整理介绍如下。

俞老认为，咳与喘虽是两种病证，但往往互相关联，互为因果，同时发病。咳可致喘，喘也常伴有咳。其病情多寒热夹杂，虚实互见，如诊治不得要领，容易反复发作，缠绵难愈。咳喘为肺之主要病证。《内经》有云："是主肺所生病者，咳上气喘"（《灵枢·经脉》）。肺外合皮毛，皮毛先受邪气，感受外邪是咳喘的常见病因。然而咳喘非独肺之病也，"五脏六腑皆令人咳"（《素问·咳论》）。人体脏腑的病变多能影响肺脏导致咳或喘，或出现累及多脏腑的复杂证候。因此俞老指出，咳喘临证首先应区分外感内伤，明辨脏腑，详审病机，并根据病情的寒热虚实、标本缓急而灵活施治。

风寒咳喘首当宣肺祛痰

咳喘的发病，每因感受外邪引起。肺合皮毛，为五脏六腑之华盖，外邪袭表首先犯肺，致清肃失司；若触动内蕴痰浊，痰阻气逆，肺失宣降，从而因痰而咳，因咳而喘，咳喘并见。临床上除了出现反复咳嗽外，常伴有呼吸急促，气喘痰鸣。俞老治从宣肺祛痰入手，方用自拟的治疗咳喘经验方"止咳定喘汤"，该方由蜜麻黄、杏仁、苏子、白芥子、葶苈子、蜜款冬、蜜桔红、茯苓、半夏、炙甘草等组成，具有宣肺平喘、祛痰止咳功效，治疗风寒咳喘痰多者有较好疗效。俞老常用此方治疗急慢性支气管炎、支气管哮喘或轻度肺气肿病患。如恶寒发热、鼻塞流涕，表证明显者加荆芥、防风、紫苏叶；痰粘稠、咯吐不爽者加桑白皮、浙贝母；胸闷不舒者加瓜蒌、郁金。如风寒外束痰热壅肺的咳喘证，症见咳嗽痰黄，喘促，烦热口干，俞老即用定喘汤加葶苈子、白芥子等治之。

案例：项某某，女，34岁。1992年1月23日诊。素有哮喘证，多年来经常发作。近日不慎受凉，咳嗽不已，且见喘促气急，胸闷，痰多色白，脉细缓，舌淡红苔白。证属外邪引动内饮致肺气不宣之喘咳，治宜宣肺平喘止咳祛痰，予止咳定喘汤加味。处方：蜜麻黄6g、杏仁5g、炙甘草3g、蜜款冬6g、浙贝母10g、陈皮5g、茯苓10g、半夏6g、苏子10g、白芥子6g、葶苈子6g（包），服五剂后咳喘明显减轻，仍胸闷，上方加瓜蒌15g，再进五剂后，诸症悉平。

按：外邪束表，痰浊壅肺致肺气不宣之咳喘，俞老运用宣肺祛痰法并以自拟的"止咳定喘汤"治疗获良效。止咳定喘汤虽是在古代名方三拗汤、三子养亲汤和二陈汤的基础上加减组成，然而其配伍巧妙，运用灵活，组方严谨。方中麻、杏、草（三拗汤），辛温散邪，宣肺平喘；葶苈子、紫苏子、白芥子三药是取三子养亲汤降气消痰之意，但俞老习惯用葶苈子易原方中的莱菔子，是为了增强该方降气消痰平喘之效，与三拗汤配合，一宣一降，疗效益彰。古人认为葶苈子是泻肺的峻品，不能轻易使用，但俞老常与白芥子、紫苏子配合治疗痰多咳喘症，每获良效，亦无发现有任何副作用。方中又增入化痰止咳的款冬花和燥湿化痰的二陈汤诸药，旨在祛除气道痰浊，以达止咳平喘之目的，故止咳定喘汤有较好的止咳平喘功效。

加减止嗽散治疗多种咳嗽

止嗽散出自清·程钟龄《医学心悟》，由荆芥、百部、紫菀、桔梗、白前、陈皮、甘草等组成。程氏称此方"温润平和、不寒不热，既无攻击过当之虞，大有启门逐贼之势"，是治外感咳嗽的通用方。俞老根据止嗽散的组方原则，对原方进行化裁，重新配制成"加减止嗽散"，其药物有荆芥、百部、杏仁、浙贝母、款冬花、陈皮、甘草七味，全方具有疏风止咳、理气化痰之良效。俞老常以此方为基本方，随症加减，广泛应用于多种类型咳嗽的治疗。如风热咳嗽，与桑菊饮或银翘散合用；风寒咳加防风、紫苏叶；痰浊咳嗽，与二陈汤合方；痰多气逆咳嗽，与三子养亲汤合用；肺热咳嗽加桑白皮、黄芩、枇杷叶。

案例：王某，男，35 岁。1990 年 10 月 11 日诊。半月前感冒。经西药治疗后表证已除，但咳嗽频作，咳声不扬，痰白粘稠，口干喜饮，脉弦滑，舌质稍红苔白。证属风邪犯肺、肺失清肃，且内蕴痰浊略有化热。治宜疏风宣肺止咳，兼清化痰热，予加减止嗽散加味，荆芥 6g，百部 6g，杏仁 6g，蜜款冬 6g，蜜兜铃 6g，茯苓 10g，陈皮 5g，蜜枇叶 10g，浙贝母 10g，苏子 10g，炙甘草 3g。服四剂后，咳嗽明显减轻，但痰仍粘稠。前方加桔梗 6g，又服四剂后咳嗽已愈。

按：本例感受风邪，表证解后，余邪未尽兼痰浊内蕴，肺失宣降致咳嗽不已，故俞老用自拟加减止嗽散并加入具有清肺化痰、止咳降气作用的蜜枇叶、蜜兜铃、苏子等药治之，而获捷效。加减止嗽散是俞老治疗咳嗽的经验方，其取程氏止嗽散原方的荆芥、百部、陈皮、甘草，加杏仁、浙贝、款冬所组成。俞老认为，荆芥能疏风散邪，不仅表证用之，无表证咳嗽少量用之，有助于疏散肺经风邪，以达宣肺目的；百部有润肺止咳之功，是治新久咳嗽的良药。俞老又重视治咳方中理气药的应用，认为咳嗽发病，主要因肺气不利引起，故用陈皮以化痰湿、理肺气。原方的白前，因多用于肺气壅塞、痰多气逆的内伤咳喘证，俞老常弃之不用，而加入止咳降气的杏仁和清肺化痰止咳的浙贝母，又用长于止咳作用的款冬花易原方的紫菀。由于诸药配伍得当，故加减止嗽散的止咳化痰作用优于原方，临床疗效也较原方为著。

痰浊犯肺注重燥湿化痰

脾为生痰之源，肺为贮痰之器，脾失健运，则聚湿生痰，痰浊上壅于肺，致肺失宣降而咳喘。此为脾肺同病，症见咳嗽反复发作，或喘促不已，痰多色白，喉间痰鸣声，倦怠食少，舌苔腻白，脉滑。治宜健脾燥湿，化痰止咳。俞老常用前杏二陈汤（二陈汤加前胡、杏仁）治疗一般痰多色白之咳嗽；用朴杏二陈汤（二陈汤加厚朴、杏仁）治疗兼见胸脘满闷之痰咳者。如伴有气逆喘促，加葶苈子、白芥子、苏子；体倦乏力，纳少者与六君子汤合方；若咳痰黄稠，喘急口干者加桑白皮、瓜蒌、浙贝母。

案例：赵某某，女，61 岁。1990 年 5 月 10 日诊。患乾有慢性支气管炎病史，咳嗽时作时止已 10 余年。近一周来咳嗽复作，痰多色白，质粘稠，咯吐不利，夜寐欠佳，舌质淡红苔白而干，脉弦缓。诊为痰浊内壅，肺气不宣，治宜燥湿健脾，化痰止咳。处方：前胡 3g，杏仁 5g，陈皮 5g，半夏 5g，茯苓 10g，浙贝母 10g，蜜枇叶 10g，蜜兜铃 10g，夜交藤 12g，合欢皮 12g，炙甘草 3g。服五剂后咳嗽递减，夜寐改善，痰量减少易咯出，前方又续服五剂后，咳嗽自平。

按：本例咳嗽因痰浊内蕴、肺络受阻、宣降失司而致，故用前杏二陈汤燥湿化痰、理气止咳且和中；又症见痰粘稠，咯吐不爽，苔白而干，此为痰浊已有化热致肺燥之象，故加蜜枇叶、蜜兜铃、浙贝母等以清肺化痰止咳。本例标本同治、药达病所，所以应手而效。

气郁咳喘强调疏肝宣肺

肝主疏泄，性喜条达，如情怀悒郁，忧思恼怒，则气滞胸中，若肝气上逆侮肺，每致肺失宣降而见

咳喘。俞老治此气郁咳喘证，常用疏肝宣肺、止咳平喘法，予肝肺同治；用四逆散合三拗汤加蜜款冬、香附等。若肝郁化火犯肺之咳喘，则用四逆散 合泻白散 加杏仁、黄芩。

案例：林某某，女35岁，1990年10月22日诊。咳嗽喘促反复发作已二个月余，每于情绪不佳时加剧，伴胸闷不舒，两胁胀痛，舌淡红苔薄白，脉弦细，证属肝郁气滞，肺失宣降。治宜疏肝宣肺，止咳平喘。处方：柴胡6g，白芍10g。枳壳6g，炙甘草3g，蜜麻黄6g，杏仁5g，蜜款冬6g，香附6g，桔梗5g，服四剂后咳喘减轻，胸闷及两胁胀痛好转，又进原方五剂后，咳喘已愈。嘱其常服逍遥丸以善其后。

按：患者咳喘伴胸闷不舒，两胁胀痛，且情绪不佳时咳喘加重，而知咳喘因肝气郁结、气机不利、气逆犯肺所致，故俞老治从疏肝理肺入手，用柴、芍、枳、草（四逆散）疏肝理气解郁，配麻、杏、草（三拗汤）宣肺平喘，并加蜜款冬、桔梗止咳化痰，加香附增强理气解郁之效。由于药中病机，故疗效显著。

咳喘日久多从肺肾论治

俞老认为，咳喘日久，多累及肺肾两脏，出现肺、肾虚损的证候，尤以肾虚为多见。肺气虚之咳喘，每见喘促短气，汗出畏风，脉虚无力或脉大而芤，治宜益气定喘，常用生脉散加黄芪、胡桃肉。古人有肺主出气、肾主纳气之说，凡肾虚不能固守于下，每致肾不纳气、气逆而上发作咳喘。常见喘促，呼多吸少，动则喘息加剧，兼见腰膝酸软，体倦乏力，脉沉细，舌淡苔白。治宜降气平喘兼补肾敛气，方用苏子降气汤（《医方集解》所载方）加山萸肉、旋复花、代赭石。俞老治肾虚喘促，喜用山萸肉一药，常用山萸肉60g单味炖服治疗取效。其认为山茱萸不仅能补肾益精，而有固涩敛气作用，治肾虚喘促疗效颇佳，肾阳偏虚者，用苏子降气汤加胡桃肉、补骨脂、油肉桂等助阳纳气之药，或配服人参蛤蚧散，肾阴偏虚者，则用麦味地黄丸以滋肾纳气。

案例：金某某，男63岁，1990年2月12日诊。患有慢性支气管炎合并轻度肺气肿。上月感冒，经治疗后表证已解，但咳嗽气喘仍反复发作，且胸闷气短，动则喘促，腰酸肢怠，痰稀白量少，脉弦缓，舌淡红苔白。证属肾气虚之咳喘，治宜降气平喘兼补肾敛气。苏子10g，半夏5g，当归6g，黄芪12g，陈皮5g，降香6g，川朴根5g，山萸肉12g，旋复花6g（包），代赭石18g，炙甘草3g。服四剂后咳喘气促明显减轻。前方又续服八剂后，咳喘已平，精神转安。

按：俞老对以气逆喘促为主症的肾虚咳喘证，着重以降逆顺气为治，常用《医方集解》所载苏子降气汤（苏子、半夏、陈皮、前胡、厚朴、当归、沉香、甘草）。方中的苏子、陈皮、半夏、厚朴均能降逆顺气、止咳化痰平喘；当归既善养血润燥，也兼治喘咳上气；沉香一味，因药源较缺，俞老常用行气降逆的降香代之。全方合用，降气作用尤著。故本例之治，俞老选用苏子降气汤以降气平喘；因痰少稀白，且兼倦怠，故去前胡增入黄芪益气补虚，加山萸肉补肾敛气；配旋复花、代赭石增强降气镇逆作用。本例因降气定喘兼顾补肾，故药后喘咳自平。

（刘德荣）

周次清　　治疗冠心病的经验简介

山东中医学院教授周次清几十年来致力于心血管疾病的研究的，积累了丰富的经验。现将其治疗冠心病的经验整理介绍如下。

一、关于病因病机：阴阳失调、气血失和为病之本；气滞、血瘀、痰阻、寒凝为病之际。

冠心病的病因病机比较复杂，归纳起来主要与情志失调，饮食失节，寒邪内侵和年老体衰等因素有关。情志失调主要导致气机不畅，进而气病及血则血瘀。饮食失节则损伤脾胃，或造成脾气虚，或造成中气滞。二者均可导致津液水湿输布失常而生痰浊。脾气虚还可使心失所养而致心气虚。寒邪内侵，客于脉中，血泣不行而致疼痛。年老体衰，肾气不足，气虚血涩，气血运行不畅以致胸痹、心痛。由此可见，以上诸种因素可直接或间接地影响人体心、肝、脾、肾等脏器的阴阳气血及经络功能失调，从而产生气滞、血瘀、痰阻、寒凝等病理变化，痹阻心脉，发生"不通则痛"的胸痹、心痛之证。如果气滞、血瘀等实邪痹阻进一步导致阳气不煦，阴血不濡，经络损伤，心失所养，则病变由实致虚，虚实夹杂，除可发生"不荣则痛"外，还可出现阳气虚衰或阴血不足的证候，甚至出现"亡阴"、"亡阳"的危证或猝然死亡。

就标本而言，情志失调、饮食失节、寒邪内侵等致病因素引起人体内部阴阳失调、气血失和的病理变化，贯穿在冠心病的全过程，这是病之本；由阴阳失调、气血失和所致的气滞、血瘀、痰阻、寒凝为病之标；标本相兼，虚实转化为病之变。

二、关于辨证：明甄虚实分清标本；着眼整体重视局部。

（一）辨虚实标本：冠心病的主要临床表现有虚实两方面。一是气滞、血瘀、痰阻、寒凝之实证；一是气阳虚弱和阴血不足为主的虚证，如虚实转化，或由实致虚，或由虚致实，则表现为虚实夹杂之证。

一般情况下，心绞痛多表现为邪气较盛、正气未衰的实证，即使有正气不足的表现，也多与邪实的存在有关，以实为主；心肌梗塞多表现为正气不足虚证，即使有血瘀、痰阻等邪实的表现，也多为由虚而致实，且已不堪攻伐，以虚为主。

（二）辨全身证候：冠心病患者的全身证候，一方面是机体阴阳气血失调的表现，一方面又是局部病变在整体的反映。辨析全身证候，对正确的辨证论治具有重要的指导意义。冠心病的全身证候一般来说主要有阳气虚衰和阴血不足两方面。阳气虚衰者常表现为疲乏无力，汗出短气，精神疲惫，声怯懒言，畏寒肢冷，舌质淡胖，脉象虚弱或沉迟；阴血不足者常表现为眩晕心悸，心烦失眠，唇舌干燥，舌红少苔，脉象虚数无力等。由于阴阳互根，气血同源，在冠心病的发展过程中，也可阴病损阳、阳病损阴，从而形成阴阳两虚或气血双亏的病证。

（三）辨局部症状：冠心病除着眼于整体辨证外，其局部证状有时上升为主要矛盾，成为影响整体的重要因素。在这种情况下，以局部症状的辨析也是非常重要的。冠心病主要的局部症状为心前区疼痛。其疼痛发生的原因，不外本虚与标实。本虚，是因阳气温运无力，阴血濡养不足而导的"不荣则痛"；标实，是脏腑经络因气滞、血瘀、痰阻、寒凝等邪实痹阻所导的"不通则痛"。在疼痛的特点上，寒凝血滞的疼痛多急骤剧列，喜热畏冷，脉象沉迟弦紧；气滞血瘀的疼痛多为胸胁满闷胀痛，或

疼痛彻背，或放射肩臂，脉沉或弦；痰浊郁滞的疼痛多为板痛，伴胸脘痞闷，舌苔滑腻，脉象濡缓；以血瘀为主的疼痛多痛如锥刺刀割，舌紫暗或有瘀斑，脉沉涩。一般来讲，实证之疼痛多急骤而剧烈；虚证之疼痛多缓慢而较轻，且伴有气阳虚衰或阴血不足的全身证候。

除辨疼痛外，对急性心肌梗塞患者还有一个辨并发症的问题。急性心肌梗塞有三大并发症，即心律失常、心力衰竭和心源性休克。对此三大并发症的辨证，除从全身表现综合考虑外，尚需结合中医对心律失常、心力衰竭和心源性休克的辨治方法和抢救措施。

三、关于治疗：心绞痛以祛邪为主；心肌梗塞以扶正为要。

对冠心病的治疗不能执一法而应万变，必须根据病情的标本虚实和轻重缓急遣方用药。一般情况下，心绞痛多以邪实为主，其治疗则应以祛邪为主，扶正为次，"以通为补"，使邪去而正安；心肌梗塞多以正虚为主，且不耐攻伐，治疗当以扶正为要，"以补为能"，使正足而邪去。

(一)心绞痛的常用治疗方法

1. 调畅气机法

适应证：肝气郁结或中气郁滞。症见性情急躁或抑郁，肝气郁结者，胸胁胀痛或攻痛，每因情志刺激诱发或加重，脉象沉弦；中气郁滞者，则见脘腹胀满，食少纳呆，大便失调等。

常用药物：疏肝气用柴胡、香附、枳壳；理中气用木香、厚朴、沉香。

常用方剂：疏肝气用柴胡疏肝散、枳壳煮散(枳壳、川芎、桔梗、细辛、葛根、防风、甘草)加减。兼血瘀者，加丹参、郁金、元胡；气郁化火者，加栀子、丹皮、黄芩；伤阴者，加生地、麦冬、百合；肝气犯胃者，加代赭石、陈皮、半夏；肝脾不和加白术、茯苓、陈皮。理中气用木香调气散。痰气互结者，加半夏、茯苓、陈皮、瓜蒌；脾胃失调者，用沉香降气散加减。

2. 活血化瘀法

适应证：心血瘀阻，心脉痹塞不通。症见胸痛如锥刺刀割，疼痛部位固定，且持续时间较长，多在午后、夜间发作或加剧，胸闷憋气有紧压感，唇舌紫暗，或舌有瘀斑，脉象沉涩或结代。

常用药物：瘀血较轻者，用川芎、赤芍、丹参；瘀血较重者，用桃仁、红花、莪术、大黄。活血止痛，用元胡、细辛、乳香、没药。

常用方剂：一般血瘀用通窍活血汤加减；血瘀气滞者用手拈散(延胡索、五灵脂、草果、没药)或拈痛丸(五灵脂、莪术、木香、当归)加减；血瘀兼寒者，用胜金散(桂枝、延胡索、五灵脂、当归)加减；气虚不能行血者，用自拟"冠心灵"方(黄芪、丹参、葛根等)或用补阳还五汤加减。

3. 化痰泄浊法

适应证：痰浊中阻，胸阳不宣。多见于肥胖患者，症见胸闷胸痛时痛时缓，且常因阴雨天加重或诱发，伴有头昏不清，肢体倦怠，口淡无味，舌苔白腻，脉象沉弦或濡缓。

常用药物：瓜蒌、半夏、前胡、茯苓、陈皮、石菖蒲。

常用方剂：症见胸闷胸痛，或胸痛彻背，喘息咳唾，舌苔白腻，脉沉弦者，用瓜蒌薤白半夏汤加减；胸闷胸痛，心悸眩晕，虚烦不得眠者，用温胆汤加减。气虚者，加党参、白术或用六君子汤加减；脾阳虚痰浊寒化者，加干姜、桂枝，或用苓桂术甘汤加减；胃阳盛痰浊热化者，加黄连、黄芩；心脾同病兼见血瘀者，加郁金、丹参、元胡；肝脾同病兼见头痛眩晕者，加天麻、钩藤、菊花。

4. 温经散寒法

适应证：寒邪内侵，阳气困遏，血泣不行。症见胸痛暴发，疼痛较剧，喜热畏寒，手足逆冷，舌苔薄白润滑，脉象沉紧或沉弦。

常用药物：良姜、干姜、细辛、炮附子、桂枝、荜拨。

常用方剂：一般用二姜丸(良姜、干姜)加味；寒证明显者用乌头赤石脂丸加减；寒凝血滞者用附

姜归桂汤加味。

(二)心肌梗塞的主要治疗方法

1. 益气温阳法

适应证：气阳虚衰。症见乏力，气短，自汗懒言，精神疲惫，舌淡苔薄白，脉虚弱，此为气虚之证；阳虚则兼见形寒肢冷，面色灰暗，脉沉迟；如气阳虚衰至极，则见大汗淋漓，四肢厥逆，神昏息促，脉微欲绝等阳气虚脱之象。

常用药物：补气用人参或党参、黄芪、黄精、炙甘草；温阳用附子、干姜、肉桂；必要时配熟地、当归、五味子以纳阳，龙骨、牡蛎以固脱。

常用方剂：气虚以保元汤为主；阳虚以四逆加人参汤为主。兼血瘀者，加丹参、川芎、红花，或用急救回阳饮(人参、白术、甘草、附子、干姜、桃仁、红花)；兼有痰浊者，加瓜蒌、半夏、陈皮；阳虚不能化水，水气凌心犯肺，水肿者，加葶苈子、车前子、茯苓；阳气虚脱者，急用独参汤或参附龙牡汤益气固脱。

2. 益气养阴法

适应证：气阴不足。症见乏力气短，自汗懒言，心烦失眠，口干唇燥，舌红苔薄白或少苔，脉细无力或细数。严重者可见多汗，喘促，身热，烦躁，脉虚数无力等气阴欲脱之象。

常用药物：益气用人参或党参、黄芪、黄精、炙甘草；心肺阴虚用麦冬、百合、五味子；肝肾阴虚用生地、玄参、何首乌、枸杞子。

常用方剂：心肺气阴不足者用生脉散加味；肝肾亏损者，用大补元煎合增液汤加减。兼血瘀者，加丹参、赤芍、丹皮；阴虚生热者，加黄连、知母、栀子、莲子芯；气阴欲脱者，用回阳返本汤(附子、干姜、炙甘草、人参、麦冬、五味子、腊茶)加减。

以上治疗心绞痛和心肌梗塞的常用方法，在临床具体应用中可相互参照，灵活变通。即心绞痛表现为气阴两虚者，亦可用益气养阴法；心肌梗塞表现为心血瘀阻者，亦可用活血化瘀法。只有知常达变，才能融汇贯通，学以致用。

(高洪春)

李今庸　　辨证论治“五忌”

辨证论治是中医临床重要的指导思想和根本大法。它以中医理论作指导，从整体观出发，采取“具体问题具体分析”的方法对待疾病，使诊疗过程完全建立在客观事实和正确思维的基础之上。它摒弃了机械唯物论的影响，体现了辩证唯物主义的观点，成为祖国医学最鲜明的特色。我的导师李今庸教授，对辨证论治的理论和实践有着精深的研究，提出了五点应该注意的问题，名曰“五忌”，从而示人以辨证论治的法则与规矩，兹介述如下。

忌四诊掉以轻心，不求详审

病情有如敌情，必须全面、准确地掌握它做到知己知彼，才能百战不殆。四诊就是了解病情的重要手段，同时也是富有探索性的，机动、灵活、细致的思维过程，切忌粗枝大叶，掉以轻心，随意敷衍，不求详审。

四诊的完成分为二个层次。首先要搞清病人所具每个症状的历史和现状。如头痛，痛在头顶还是两侧，属何部位；腹痛，是胀痛、刺痛，还是坠痛，属何性质，腰痛，劳累与休息后有何变化等等，尽量做到细致、准确。其次，要分清主流和支流，或者说主要矛盾与次要矛盾。对所有的症状，不能不加分析，不予取舍地平均对待，应在四诊中边检查，边思索，找出主要问题，然后顺着能够反映主流的方向，再进一步发掘隐蔽的，或病人未加注意的症状，直至认为比较全面了为止。

此外，四诊是医患共同参与的过程，必须取得病人的充分信任与合作，才能获得真实可靠的资料。病人的自我感觉往带有主观色彩，宜注意有意无意的夸大，隐瞒或歪曲。要解除病人思想顾虑，鼓励他们合盘托出，不要采取诱导或暗示的方法（心理治疗除外）。最后反复核对有无遗漏与补充。只有客观、全面、准确掌握病情，才能正确认识疾病，战胜疾病。

忌辨证只靠经验，不谙理论

辨证是一个由表及里，由此及彼，深入研究疾病本质的思维过程，也是理论与实践相结合的过程。

大凡接触过临床实践的人，都有一定的临床经验。诊验越多，诊起病来越得心应手。然而要想提高医疗水平，仅凭一点狭猎的经验是不够的，必须进一步升华为理性认识。人们认识客观事物总是由初级到高级，由表象到本质，由感性认识到理性认识，对于疾病更是如此。如果满足于已有的经验，不深入学习中医理论，遇到比较复杂或久治不愈的疑难病就会束手无策。病人的情况是千差万别的，不可能与经验过的模式完全一样，因此必须熟悉掌握中医理论，并能将其与实际情况有机地结合起来。这种理论联系实际的能力决定了辨证论治水平的高低。

李教授曾治愈一例 19 岁闭经女患者，很值得思考。病人诉月经常数月一行，每行必淋漓不断，十余天至一月方止。常流鼻血，身出紫斑，化验血小板 7 万/mm^3。经中西药治疗无明显效果，现月经二月余未潮，前来求诊。见患者面色萎黄，目下发青，少气无力，口唇干燥，腰腹不痛，大便正常，小便发黄，舌苔薄白，脉象细弱。以麦门冬汤加味治之：麦冬 20g、法夏 10g，党参 10g，炙甘草 10g，炒粳米

15g，当归10g，白芍10g，生地10g，红枣4枚，水煎服。上方三付药后，鼻衄即止，后一直未发。七付药后，月经来潮，量中等，色红，无血块，腰腹不痛，经行七天后干净。身上紫斑亦未见新出。又以原方加丹参10g，巩固疗效。按一般经验，治疗闭经或补益气血，或温通经脉，总离不开肝、脾、肾经。而李教授认为，该病由阴津不足，肺气不降引起。《素问·评热病论》曰："月事不来者，胞脉闭也，胞脉者属心而络于胞中。今气上迫肺，心气不得下通，故月事不来也"。原文讲的是患水肿病而月事不来的病因。此例病人虽不是水肿，但亦由肺中燥热，气逆于上，心气不得下通而引起。肺主气，性肃降。如肺失肃降，则血不循经，上逆而衄血，妄行而成紫斑，月事不按时而下。麦门冬汤功能滋阴润燥除热，降逆下气。今燥热一除，肺气下降，心气得通，血循常道故鼻衄即止，月事即下。如按一般经验，用补益或温通的方法，不但月事不下，还会加重鼻衄与紫斑等症。因此只有深谙中医理论，并有效地指导临床，才能计高一筹，取得良效。

忌治病仅凭印象，不合病机

凡有临床经验医生，在接触病人之后，很快便产生一个初步印象，它为分析病情指出了一定的范围和方向，有重要意义。然而这个初步印象必须在诊疗过程中经过多次补充和修正，得到实践的检验，才能形成比较完善的正确认识。切忌相对斯须，仅凭印象，例妄下诊断，结果不合病机，铸成大错。正确的作法是，随时检验，多加分析，做到"谨守病机，各司其属，有者求之，无者求之"。具体方法，在初诊有了拟诊印象后，再返回头来将其拿到四诊所得材料中检验一下，看其是否能合理地解释病人所表现出的症状。如能大致解释通，就可能是正确的；反之得不到事实的有力支持，甚至出现了矛盾，则说明不正确或不全面，须作修正，或者完全推翻。其实初步印象被完全否定也不要紧，旧的想法被扬弃，新的印象必产生，为正确辨明疾病的性质铺平了道路。复诊是对初步印象的验证过程，必须客观审慎地对待，严格地分析与评定，每一种疾病都有自身发生发展的规律，不可能固定不变。即使同一种疾病，因人体内外环境的不同也会表现不同，因此要随客观情况的变化而变化，既要重视初步印象，又不可偏执。在复诊中，正确的判断会取得好的效果，并随着某些症状、新体征的发现得到进一步补充。不见成效或反应不佳者，应反复考虑，加以修正。或守或变，主要从病机考虑。千万不可固执己见，有意无意地歪曲新发现的症状及其固有的意义，使思维误入歧途。

李教授曾治一个所谓"不明原因发烧"的一岁男儿，颇发人深省。患儿一连高烧十余日，每天早晨38.2℃傍晚则升至39℃。在当地卫生所打针服药，输液灌肠，均未见效。求诊时病儿仍高烧不退，口唇干燥，小便短少，舌苔薄黄，指纹稍紫。因时值九月，盛暑方罢，故初步印象为暑热伤阴，处方予麦冬、知母、花粉、甘草等清热生津之品。服药后虽身热稍减，但大便稀溏，且矢气频转。此时醒悟到患儿乃湿滞发热。湿热交结故发烧日久，以清热生津药，热虽略清却助长了湿气，故大便稀，矢气频转。于是遵《金匮》："下利气者当利其小便"之法，改投五苓散：茯苓6g，白术5g，桂枝3g，泽泻5g，猪苓5g。一剂后小便通利，热退身凉。此案在复诊时出现了新症状，使病机进一步暴露，医者经过认真分析，对初步印象加以修正，取得满意疗效。任何高明的医生都不可能百发百中。高明之处在于目光敏锐，思路清晰，善于总结经验。因此不断实践、认识，再实践、再认识，是正确认识疾病，提高辨治水平的有效途径。

忌用药杂乱无章，不讲法度

正确的诊断与治则确立以后，如何处方用药成为关键。李老临证，无论轻重缓急，均有严密的法度，最反对无法无方，杂乱无章，不讲法度，临时凑合。处方用药时应首先考虑前人的成功经验，尤其是一些用之有效的古方均经过千锤百炼与多次验证，它们组成严谨、立意深刻，比临时拼凑的方药

要周全得多。特别是仲景经典方，看似平平，但运用得当，往往取得奇效。这就要求医者对古方有深入透彻的研究，能灵活贴切地运用。当然提倡学习前人的经验，并不是反对创新。李教授即在吸收他人经验的基础上结合自己的体会，创制了许多新方，如治热痹方、治白带方、治痢疽方等等，临床取得十分满意的效果。它们都是依据中医的理法，经过反复琢磨和验证而形成的。

近年流行一种中药西用的方法，即根据西药病因病理堆用中药。如有炎症就用大量清热解毒药如银花、板蓝根等；癌症就用抗癌中药白花蛇舌草、半枝莲等。实践证明，不加辨证中药西用的作法疗效并不理想。肝炎病人使用大量苦寒药后，症状不见好转，反而伤了脾胃。五味子降转氨酶有效，但停药后又迅速加升，所以还是要坚持中医的理法，进行辨证施治。

忌囿于西医诊断，不假思索

中西医各有不同的理论与思维体系，中西结合不是中西凑合。现在有些年青中医搞什么西医诊断中医治疗。临证时仅以西医诊断或西医名为治疗依据，完全丢弃了辨证论治。如肝炎就治肝，胃炎就治胃，血色素低就补血，抗“O”阳性就祛风湿等等。殊不知中医、西医对疾病的认识、归类、诊断、治疗均各有自己的观点。不顾客观实际，生搬硬套，对号入座是对中西医学的亵渎，不但治不好病，还会贻误病情。李教授认为，西医诊断可以参考，但不能被它框住，仍要根据中医理论进行辨治。现代医学检查手段，中医也可以利用。不过仅将其视作四诊的延伸，而不能“唯检查是论”。例如肾炎病，西医认为是由感染后变态反应引起肾小球损害。中医与西医概念不同，指导理论各异，认为肾炎所表现的症候不只与肾有关，还关系到肺、脾、三焦、膀胱等脏腑。因此西医所谓肾炎，绝不等同于中医肾病，更不能一见肾炎就专治肾。蛋白尿在肾炎的诊断中有重要意义，中医过去无现成的治疗经验。近年有人提出，乃脾虚不能正常输布精微所致。据有关中药药理研究，黄芪、党参等健脾药对蛋白尿的消失也确有疗效，因此有人一见蛋白尿，不区别其他有关情况，就用黄芪、党参补脾。李教授认为，对这种无前人经验可供借鉴的疾病，不能用西医观点生搬硬套，仍要按中医辨证论治的法则去处理。经过大量积累资料，总结经验，摸索出治疗规律，上升为新的理论。其实，这也是关系到中医如何前进与发展，实现中医现代化的大问题。

辨证论治所涉及的内容很多，以上五点仅为临证时比较容易出现的偏差，提出以引起警觉。若能不犯此“五忌”，必成良医也。

（王晓萍）

祝谌予　临证遣方经验简介

祝谌予教授行医六十年，学术渊博，精通中西医理，经验丰富。他不仅临床辨证精细，而且运用方剂娴熟。凡经方、时方、验方疗效确实者，兼收并蓄，广为应用，而且自创了许多行之有效的新方。祝师临证遣方常针对疾病主要病机，制定治则，确立主方，再结合病人不同病情随证加减，使所用方剂配伍严谨，体现出辨证用方的特点。现将其临证遣方的经验简介如下。

善用经方　古方今用

祝师对张仲景《伤寒论》、《金匮要略》及其所用方剂研读精深，倍加推崇。认为经方法度严谨，配伍得当，堪称后世医家之典范。他临证善用经方治病，既重视继承，更注重发展与创新，使所用古方与现代医学联系，积累了古方今用的经验。桂枝汤是《伤寒论》开篇第一方，又称祖方。原为治疗太阳中风、营卫不和之证所设。祝师认为桂枝汤不仅有解肌发表、调和营卫的作用，而且是健脾胃、和营卫的强壮剂。因为脾主营、胃主卫，营卫之气与脾胃功能密切相关。脾胃健运则营卫化生有源。桂枝汤中五味药物（桂枝、白芍、生姜、大枣、甘草），均有不同程度的健脾胃、助消化的功用。故桂枝汤外能治疗太阳表证，调和营卫；内能健脾和胃，具有发汗而不伤正，止汗不留邪；因此他常用桂枝汤为主方治疗脾胃虚弱所致的多种疾病，如慢性胃炎、消化不良、肠功能紊乱等，或体虚感冒、怕冷畏寒之营卫失和证。

祝师曾用桂枝汤治愈盛暑仍着棉装，怕冷畏风出汗之疑难怪证。病人骆某，男，50岁。正值盛夏，怕冷畏风，时时汗出，脱去棉衣即感风吹透骨，遍身冷汗，故暑天也着棉装，深以为苦。伴纳差、乏力，舌淡红，脉细。辨证为正气虚弱、营卫失调。予桂枝汤5剂，和营卫、健脾胃。五天后来诊时，已改穿夹衣而不畏风，出汗也有减少。再服3剂而病愈。本例虽看似平淡，但若无对桂枝汤方理药性的深入研究，则难以用此方治愈。

又如葛根汤，仲景原为太阳伤寒表实、兼见项背强直证所设。祝师根据葛根汤具有祛风解表、舒筋通络、缓解痉挛的功用，常用此方加鸡血藤、豨莶草、当归、川芎等养血散风通络药，治疗产后受风、身痛无汗证。加羌活、川芎、白芷、防风、地龙治疗面神经麻痹，口眼歪斜，均有很好效果。他运用大柴胡汤，治疗胆囊炎、胆石症、手术后腹胀、便秘难下之腹气不通证。运用半夏泻心汤，治疗溃疡病、白塞氏病、神衰失眠之寒热互结证等等。这些古方新用的经验，是祝师对经方精深研究与勤于实践、勇于求新的结晶，不但疗效确实，而且使古今沟通，为应用古方治疗今病开拓了思路。

异病同治　一方多用

尽管病证繁杂，方海浩瀚，祝师根据治病求本，辨证论治的原则，把握病机，一方多用，而见效果。逍遥散，源于《太平惠民和剂局方》，具有疏肝解郁、健脾养血的功用，是祝师临证最常用的方剂之一。他用此方范围很广，如治疗慢性肝炎、胃炎、胆囊炎、月经不调、神衰失眠、过敏性疾患等病的肝郁脾虚证。他用此方加茵陈，组成茵陈逍遥散；加丹皮、黄芩，组成丹芩逍遥散，进一步扩大了逍遥

散的应用范围。前者偏于疏肝养血、利湿清热，用于治疗胆囊炎、胆石症、胰腺炎、脂肪肝等病，属肝郁脾虚、湿热内蕴证；后者重在疏肝养血、清热除烦，治疗神衰失眠、更年期综合征、荨麻疹、慢性咳嗽等病，属肝郁血虚，阴虚内热证。

祝师曾用丹芩逍遥散治疗发热。刘某某，女，30 岁。发热 2 月，体温 38℃左右。伴头痛、胸闷、心烦、口苦、小便黄，舌红、脉细弦。辨证为肝郁脾虚、热入血分，以丹芩逍遥散为主方，疏肝健脾养血。加银花、连翘、黄连、地骨皮、车前草，清热解毒、凉血除烦；配川断、枸杞，滋肾养肝。服 14 剂后体温正常，诸证减轻，再易方调理而病愈。

龙胆泻肝汤为《医宗金鉴》方，具有泻肝胆实火、清三焦湿热功用。祝师用此方治疗高血压、顽固性头痛、急性结膜炎、头面部疖肿、带状疱诊等病证，属肝经实火者。患者陈某某，男，66 岁。左外耳道炎 5 天，局部红、肿、热、痛、流黄色分泌物，口干苦，大便干。舌暗红、苔白、脉细弦滑。祝师辨证为肝经湿热，以龙胆泻肝汤为主方，加银花、公英、地丁、桔梗、桑叶、菊花，泻肝清热、利湿解毒。服药 7 剂后症状明显减轻，再服 7 剂外耳道炎治愈。患者吴某某，女，70 岁。性欲亢进 3 年，梦中性交，周期性乳房胀痛，阴道有紧张感。伴全身酸痛、心慌汗出、失眠心烦、苦不堪言。已婚 53 年，绝经 20 年，无生育史。舌淡红、苔白、脉沉弦。祝师辨证为肝经郁热，相火妄动。以龙胆泻肝汤苦寒清热、清肝泻火，加白芍、黄柏、橘核、荔枝核、三棱、莪术、生牡蛎、五味子，理气活血、调和阴阳，治疗 2 周后诸症明显减轻。

广收博采　自创新方

在博采历代前贤名方的基础上，祝师集施今墨先生及本人多年临证经验，自创了不少疗效确实、便于实用的新方，有的已被临床广为应用。

例如四藤一仙汤（鸡血藤、钩藤、络石藤、海风藤、威灵仙），选用藤枝攀绕、性能多变的四藤，配通达十二经脉的威灵仙，具有疏通经络、养血活血、解痉止痛的作用。用于治疗风寒湿痹、肢麻身痛等证，也可作为治疗多种关节痛的基本方，有方简药精，便于实用的特点。如此方加附子、肉桂治疗寒痹，温经通络止痛；加黄芪建中汤治疗产后身痛或体虚之关节痛，有益气温中，通络养血、活血止痛的作用。

祝师创制的芩连四物加味汤（黄芩、黄连、当归、川芎、赤芍、地黄、女贞子、旱莲草、桑叶、菊花），以源于《医宗金鉴》的芩连四物汤养血清热，加女贞子、旱莲草，滋补肝肾，配桑叶、菊花清肝热除虚烦。具有滋阴清热，补肾养血的功用。凡更年期综合证、神经衰弱，表现烘热汗出，心烦失眠等属阴阳失调证者用之，疗效显著。

葛红汤（葛根、红花、川芎、丹参、当归、赤芍、菊花、羌活、党参、麦冬、五味子）是祝师根据冠心病气虚血瘀，本虚标实的病机特点，为心气不足、血脉瘀阻之证所设。方中葛根、红花、川芎、丹参、当归、赤芍养心血、通血脉以治其标；党参、麦冬、五味子益气养阴，强心升压以治其本。配羌活、菊花通督脉，并有扩张冠脉的作用。全方配伍具有益气宣痹、通脉活血的功用，如配以菖蒲、郁金解郁开窍、宣痹止痛，其效益彰。

育麟丸（木香、当归、川芎、益母草、赤芍、羌活、五味子、车前子、枸杞子、女贞子、韭菜子、菟丝子、蛇床子、复盆子），具有养血生精，滋补肝肾的功用。祝师用此方作为治疗不孕证的基本方。因血虚不孕，加党参、黄芪、紫河车、肉苁蓉，益气养血，补肾壮阳；因血瘀不孕者，加小茴香、生蒲黄、香附等，温中散寒，化瘀通脉；因女性激素失调，表现肝肾虚损不孕者，加紫河车、阿胶、仙茅、仙灵脾等，补血养阴，滋肾壮阳。

祝师的经验方还有五子定喘汤、降糖基本方、祝氏治咳方、保胎汤等等。这些祝师所制的新方，

是他多年临床经验之精华，以重视实效便于应用为特点，并以其实用性丰富了中医方剂学的内容。

同病异治　辨证用方

祝师一贯主张辨证论治，认为这是认识疾病规律的一门科学。中医辨证不但有规律可循，而且通过四诊八纲，气血辨证，综合分析，可以使复杂或疑难病证删繁就简，去伪存真，便于治其根本。他临证中西汇通，辨病辨证相结合，针对主要病机，确立治则，用方得当，疗效卓著。

治疗冠心病，祝师临证分四型证治。因痰阻中焦、气机不调，证见胸闷气短、上腹隐痛、呃逆或嗳气后痛减，舌暗、脉沉滑。用健脾和胃、理气化痰法，以香砂六君子汤加薤白、瓜蒌。因心气不足、血脉瘀阻，证见心区刺痛、胸闷气短、心慌汗出，舌暗有瘀、脉沉弦。用补益心气、活血通脉为治则，以葛红汤为主方加减。因心阳不振，表现心区疼痛、胸闷不舒、脉律不整，舌暗淡、脉弦或结。用温通心阳、益气通络法，以炙甘草汤加生脉散为主方。因心肾阳虚、水湿上泛所致胸闷心慌、咳喘气短、四肢厥冷、下肢浮肿，舌暗淡、脉沉细滑者，用温阳利水、宽胸宣痹法。以真武汤加瓜蒌、薤白、菖蒲、郁金治之。

治疗糖尿病，祝师临证分阴虚火旺、燥热入血、阴阳俱虚、气阴两虚、气虚血瘀五型证治。其辨证精细，立法鲜明，用方各异。并总结出气阴两虚为非胰岛素依赖型糖尿病临证最多见类型。揭示了糖尿病基本病理变化特点，创立了降糖基本方及活血化瘀法治疗糖尿病的新方法。

治疗血瘀证，祝师常用血府逐瘀汤或补阳还五汤。二方均出自《医林改错》，具有活血化瘀的功用。前者以活血化瘀、行气止痛为治则，用于气滞血瘀证；后者以益气活血通络为宗旨，用于气虚血瘀证。祝师临证用之，详审病因，用方准确。他用血府逐瘀汤范围较广，凡由瘀血阻滞的多种病证均用之为主方。以妇科病中月经不调、经血量少或闭经者应用为多。部分疑难病证，如视网膜病变、脑软化、严重外伤、顽固性头痛、失眠等，也从血瘀论治，以此方为主，随证加减治疗。而补阳还五汤则主要用于治疗脑梗塞、偏瘫肢麻、肌肉萎缩等病的气虚血瘀证。

（李元）

梁贻俊　　关格危证治验

“关格”从字义讲，关者闭也，格者阻也。从病名上讲是上而吐逆，下而二便不通。今常见于肠梗阻、肾衰。远在《内经》中曾有四篇论及，《素问》“六节脏象论”、“脉要精微论”，《灵枢》“终始篇”、“脉度篇”均从脉论之。《伤寒论·平脉法》对关格脉与症均加以论述。但在397法中，却未明确其治法。《金匮·腹满寒疝宿食篇》虽未在条文中明确提出关格证与治法，但在治疗腹满痛属实而闭者立当下之法。里实以大承气、气滞以厚朴三物、表里两实以厚朴七物、邪实挟热以大柴胡、阴寒成聚以大黄附子汤主之。诸方虽异，均有通之下之药。闭者当通，是其常法，注意虚实寒热并平脉辨证论治，是仲景论著之精髓。

梁贻俊教师在临床中曾选仲景方结合个人经验，治愈10余例肠梗阻，有脾虚寒、肾虚寒、热结、胎元不足等危重关格证均在审证求因、治病求本的前提下以通之而治愈。今择不同类型验案介绍如下：

脾虚寒型：

王某，男，56岁，71年9月6日会诊。症见腹胀痛10天，加重3天，呕吐黑绿色粘液，大便已三日未下。在急诊曾服二次豆油并胃肠减压，因无效而住院。建议手术，因做过胃修补术、肠坏死截除术。家属不同意再次手术，遂请中医会诊。

观其神清、消瘦、痛苦病容、呻吟不已，视其腹部有条索样隆起，叩之如鼓，右下腹压痛明显，舌薄白苔，脉弦沉取无力。

证属关格脾虚气滞寒凝，治以扶正行气温通。予厚姜半甘参与小承气汤合方，加重行气之品：厚朴40g、半夏20g、干姜25g、党参20g、芒硝15g、川军15g、枳实15g、槟榔50g、莱菔子15g、木香20g、青皮15g、甘草10g。小量频服一剂药后2小时有排气，三个小时二便通，排出约一斤多坚硬粪球、粪块与稀水便，腹胀痛止而愈。

此例特点：两次剖腹手术已伤正，腹胀痛为主，脉弦无力舌苔白，此乃脾虚气滞，故选伤寒论方厚姜半甘参治其本，又上吐黑绿色粘液，下大便三日未通亦不矢气，应属本虚标实之关格。急当兼顾调之，故与小承气合方，加槟榔、木香、莱菔子、青皮破气、行气、散气、下气之品，急治其标。药后一剂知，二剂愈。此治本虚标急关格证之一法也。

热结型：

陈某，男26岁，72年10月9日会诊。腹痛二日因食豆腐与米饭引起腹痛不能平卧，口渴欲饮，饮入即吐，二便不通已二日。观其神清、痛苦病容，呻吟不已，腹部可见肠紧张，唇干，舌质淡红黄腻苔，脉滑数，体温38.2℃，白细胞12000/mm^3，中性78%。证属关格阳明腑实积秽化热。治以荡实破积，除热导滞。以大承气汤加味：川军25g、厚朴25g、枳实20g、芒硝15g、蒌仁20g、木香20g、甘草10g。二剂一日分四次服。因药后排出恶臭粪便与矢气，腹痛减，呕吐止。体温降至37℃，减药量继服二剂，停药观察三天治愈出院。

此例是腹剧痛，痛重于胀，发热，苔黄脉滑数，此为大实大满，肠胃壅塞，伤寒论256条“脉滑数者有宿食也，当下之，宜大承气汤”。故投大承气汤荡涤肠中燥结，攻下实热，加木香、蒌仁助行气化

结而收效。

肾虚寒型：

皮某某，男，43岁，62年11月26日会诊。因水肿一年半（慢性肾炎病期）住院半年。于4日前突发腹痛，曾服汤药及周氏回生丹稍有好转，痛位下移。今日腹痛剧烈，胀大而硬，痛时肠鸣恶心，如有物上冲腹皮，痛苦难忍，二日未大便，无矢气，食入即吐，行胃肠减压未效，急请会诊。患者面色苍白，痛苦面容，呻吟不已，腹大叩之如鼓有肠形，双下肢Ⅲ度水肿，舌体大质淡白苔、脉沉细，沉取略弦紧。X线腹透：不全肠梗阻。

证属关格肾虚寒，气滞不通，虚中挟实，治通阳散寒，温下扶正。予大建中汤、大黄附子汤合方：人参9g，干姜9g，川椒9g，细辛6g，附子15g，川军9g，葡萄糖50g（代饴糖、兑入）。二剂小量频服，边服边吐二小时后服完呕吐止，翌日大便一次，腹软痛解，三剂后可进饮食，精神转佳，突发关格急症得以治愈。

此例原为脾肾虚寒之水肿病，缠绵数年，至虚可知。至虚者邪必凑之，是为此突发腹痛之根源。以致寒凝气滞腹剧痛，胀痛，如有物上冲腹皮，形成至虚寒实之关格，投以大建中汤，蜀椒干姜散寒邪，入参饴糖建中虚，配以大黄附子汤加重温肾阳散寒止痛消有形积滞，二方相合，挽救一例重症水肿、无法手术严重关格危症患者的生命。

元气虚损型：

王某，女，5天。84年3月会诊。患儿出生5天，呕吐腹大4天。患儿生三天才会吮乳，吮后即吐，曾排小便一次。X线腹透：肠梗阻。行胃肠减压，吸出草绿色胃内容物，第四天排少许粪便。今日上腹部膨隆加重，可见胃肠形，二便不通，又行胃肠减压无效，已告病危，外科急会诊建议手术，家长不同意，遂请中医会诊。

四诊：消瘦、面色白光白，欲哭无声，皮肤干皱，腹壁青筋暴露，腹皮光亮可见长圆形、条索形隆起，触之不坚，叩之如鼓，舌质暗薄白苔，脉沉细数。

证系关格（胎禀不足，元气虚微，气滞血瘀）。治以培补元气，佐行气化瘀。宜小承气汤加味主之（加人参、赤芍、连翘）。以上七味各5g，煎成30毫升，每次5ml，一小时一次，连服三次后改每2小时服5ml，一剂药后，患儿已会啼哭，吮乳未吐，二便小通；又进一剂，二便畅通，腹软，胃肠形消失，面色转佳，一新生儿危重之肠梗阻，元气虚损之关格转危为安。

此新生儿生后三天才会吮乳，说明生之本能低下，胎禀不足，故用人参以培元。选小承气汤导滞消胀，加赤芍活血助排胎粪积滞，川芎活血行气，瘀积日久易结毒，加连翘以清之。立方精当，服法适合，因恐胃内有积浊存液将药稀释降低药效，故于药前先抽空胃内容物以利药物吸收，因小儿为稚阳之体，易虚易实，故小量频服之，中病即止，腹气通，元气复则愈。

体会：

1. 关格系危重证，可致体内气血逆乱，寒热错杂，虚实相兼，补通是治疗的关键。一般以通下为主，如遇久病体虚当补重于通。

2. 呕吐与腹痛是本病两大主症，要观其呕吐物是食水、血水，粪便要辨食滞、内出血、梗阻部位的高低，病的严重程度，腹痛位置固定、拒按，可见肠形乃积滞内停，应以通下为主，尚要辨其寒热虚实。如大承气汤治热结型，大黄附子汤、大建中汤治虚寒型，厚朴生姜半夏甘草人参治气滞脾虚型，小承气汤通下力缓，用于正虚关格。以气滞为主用厚朴三物汤调之

3. 治关格贵在通气，通气药比泄下药更重要，气通则痛止，气行则胀减，气降则不呕，气开则便通。行气虽为治病关键，但体虚者要加补气药有利于气通，行气药量宜大，集中使用方可取效，粘连性肠梗阻要加活血药，瘀积日久防其结毒，要加清热解毒药。

4. 关于呕吐拒药问题，可针内关穴、金津、玉液、内迎香穴以止吐。亦可加大原剂量三倍服之，以防因呕吐药量损失。中医有"吐药不吐胃"之说，虽呕吐仍有少量药物吸收，故频频服之仍可起效。

5. 严密观察病情，如腹痛剧烈可温针足三里、神阙穴助腑气通畅。药后腹痛加剧应辨是否为邪至相争，气行便通前之征兆，若痛时过久，便仍不通，应防坏死、肠穿孔，与外科大夫严密观察之。

（董汝玲）

刘炳凡　　治疗恶性肿瘤经验

刘炳凡研究员行医六十余年来，精研各家学说，博采众长，重实践化裁创新，用药平淡见奇，屡起沉疴痼疾，对疑难病特别是恶性肿瘤的治疗积累了丰富的经验，现述如下。

察因果　逐瘀当重消痰

恶性肿瘤多呈血瘀见证，因而有的医家强调以活血化瘀为主。刘老认为，痰瘀互结是恶性肿瘤的重要病理基础；痰瘀既是病之因，亦是病之果，证之临床，又有轻重主次之不同，所以治瘀应注重痰瘀相关的原理，不可滥投活血化瘀之品。他说："凡治瘀血，应审因察源，盖痰瘀同源而相生互结，互为因果而相兼，故逐瘀当重消痰；然，治病必须治人，临证又当调其脏腑阴阳气血之盛衰，以平为期。"

刘某某，男，64 岁。患者近 3 个月来，进食梗阻，胸背刺痛，厌油，腹胀，形体逐渐消瘦，只能食少量糖拌稀饭，后经湖南医学院附属二医院食道镜检，诊断为食道中下段癌。患者拒绝手术，遂来我院请刘老诊治。就诊时食之即吐，胸背刺痛，日进二两流质，厌油，腹胀，消瘦，口干喜热饮，大便干结，1—2 日 1 行，舌质暗红，苔薄黄，脉弦细。刘老认为，此系气滞血瘀日久，化热伤阴，故口干；津液不润肠道，则大便干结；瘀血阻于食道，故胸背刺痛，食之即吐；气滞而脾胃升降失和，则厌油，腹胀。法当逐瘀消痰，养阴生津，润肠通便。方拟：太子参 15g，沙参 12g，丹参 12g，制首乌 15g，女贞子 15g，旱莲草 10g，法夏 5g，广皮 5g，石见穿 15g，壁虎 5g，急生子 5g，蜈蚣 1 条，瓦楞子 12g，草决明 12g，肉苁蓉 12g，杵头糠 10g，水煎，日服 3 次。另用白蜜 30g(饭上蒸 1 次)兑服。每服 1 茶匙，细咽缓吞，18 小时服药。服上方 10 剂，食道梗阻感明显减轻，大便亦畅通，每日能进流汁 5—6 两，但胸背仍有刺痛感，口干，舌脉同前。宗上方加重丹参至 15g，水蛭 10g，海藻 10g，续服 14 剂，患者食欲增加，精神好转，口干减轻，舌质暗红，苔薄黄，脉弦缓。仍宗前方继服 150 剂，另用单方鲜菝葜 250g，猪肉 2 两，炖汤吃，始终坚持服此方，服菝葜共 37 斤，胸背刺痛及食道梗阻感完全消失，饮食如常，病者 1 年后反映情况良好。

此案系气滞血瘀，导致化热伤阴，脾胃不和诸证。刘老据痰瘀相关原理，逐瘀兼以消痰，方中以丹参、石见穿、壁虎、急性子、水蛭活血通络；广皮，法夏、海藻、蜈蚣、瓦楞子化痰软坚散结；太子参、沙参、制首乌、女贞子、旱莲草滋养肝肾之阴，以调整体的阴阳平衡，调动机体的抗癌能力；草决明、肉苁蓉润肠通便；杵头糠，《本经逢原》"治噎膈，消磨胃之陈积"，加白蜜以润滑利下。单方菝葜治食道肿块，但本品味甘温而涩，久服结肠，宜配猪肉炖汤，能消肿软坚，润肠通下，始终坚持服用，与诸药相伍，疏通经络，破坚消积，济上焦之枯，润肠道之燥，故获良效。

防转化　要在知常达变

由于恶性肿瘤起病隐匿，早期不易诊断，故一经确诊，多属中晚期。刘老认为，癥积内聚日久，多呈化热伤阴之势，此其常也；故中晚期癌症多以养阴立法，阴未伤则要注意养阴，以防其变，此"治未病"之旨也。但刘老又强调，必须具体情况具体分析，盖病人体质有寒热虚实之殊，起病时间有久暂

之异，致病因素和发病部位千差万别，若见此类患者一概以养阴常法治之，必遗害无穷。主张着眼整体，谨守病机，知常达变，各适其宜。

胡某某，男，34。患者于1973年体检发现右侧软腭部肿块，约1.5×0.5cm，质硬，边缘清晰，连续3次切片，最后在湖南医学院附属一医院确诊为右侧软腭粘液表面样癌(检查号:14750)。劝其手术，患者不接受，乃延刘老诊治。初诊时，症见癌灶溃口色淡，蒙上灰白色液体，面苍白，形体消瘦，咽干口燥，腰酸膝软，双下肢冷感，足履地即胃痛，视物模糊，咽干口燥，舌质红；肾虚阴损及阳，故腰酸膝软，双下肢冷感，夜尿多。治宜从整体着眼，上病下取，拟柔剂养阳法，方用八味地黄丸加减：熟地12g、淮山12g、山萸5g、茯苓10g、丹皮5g、泽泻6g、附片5g、牛膝10g、砂仁3g。水煎，日服3次。服上方15剂，双下肢渐温，腰膝有力，足履地胃不痛，癌灶分泌物减少，原方加壁虎5g、蛇蜕5g(焙黄)，全蝎3g。上方继服15剂，面色转红润，癌灶溃口分物进一步减少，未再渗血，尚神疲乏力，活动后气短，舌质淡红，苔薄白而润，脉弦缓无力，下元虽固，目前脾肺气虚，易方用：党参12g、白术10g、土茯苓12g、炙草5g，黄芪12g，当归10g、壁虎5g，天葵子10g，蛇蜕(焙)5g。继服20剂，精神振作，饮食起居正常，癌灶溃口已洁净，原方去天葵子加皂刺炭3g，服50剂，溃口痊愈，全身情况良好，10年后来院反映，疗效巩固。

此案系阴伤日久，导致阴损及阳的阴阳两虚证，症见寒热错杂。刘老着眼整体，把握病机，上病下取，立柔剂养阳法治之，则火就燥而归根，下肢即温，上热自熄，胃纳增，精神振，癌灶逐渐腐去新生而愈。如循常法一味养阴，必致大错。

论治法　须明内外调理

刘老认为，恶性肿瘤具有多致病因素、多病变层次、多病理属性的特点，其临床表现错综复杂，有时需要根据情况寻求多途径的给药方法，内外合治，才能收到满意效果。如刘老对于癌肿邻近浅表，但病变部位较深，表皮未破溃者，在服药内治的同时，尚用生鹿角30g、山慈菇30g、黄药子30g、田七10g、茶水磨汁搽局部，1日4次，通过透皮吸收，使药力直达病所，具有化痰散瘀，消肿软坚之功；若癌灶组织坏死引起表皮破溃并感染者，则将蛞蝓、地虱婆等分焙干研极细，加冰片少量，麻油调匀敷患处以祛腐引脓；癌症引起发热者，则用活鳖鱼置肿块上方，可起退热作用，因肿瘤引起局部疼痛者，用鲜鸡屎藤捣烂外敷痛处，有很好的止痛效果。

边某某，女，23岁。患右乳房肿块，疼痛，既而溃烂，发展至5个溃口，化脓流水，涂药则表面收口，反复发作不愈两年。患者曾辗转北京等地治疗，病无明显好转。诊其右乳房溃烂，流黄水，局部灼热感，紧束疼痛，纳食不香，口干不欲饮，大便不爽，舌质暗红，苔薄黄，脉弦细。经湖南医学院附属一医院诊断为乳腺癌溃烂。刘老认为，乳房属足阳明胃经所过，患者忧思气结，肝气郁而化热，热毒内蕴，久而不化，形成溃烂流水，治宜疏肝解郁，凉血解毒，化瘀消痰，托毒外出。方拟：生黄芪15g，银花15g，生甘草5g，郁金10g，土贝母10g，土茯苓15g，法夏5g，广皮5g，紫荆皮5g，赤芍10g，丹皮10g。水煎，日服3次。另用九一丹研极细末敷上患处祛腐引脓。内服上方10剂，继续外用九一丹，效果明显，溃腐脱落，新肉始生，溃疡口明显缩小，疼痛灼热亦有所减轻，余症及舌脉同前。因久败伤阴伤血，治仍以养阴凉血解毒，化痰散结，软坚通络。易方：太子参15g，丹参10g，制首乌15g，女贞子15g，天葵子10g，生牡蛎15g，马蔺子10g，土贝母10g，银花10g，生甘草5g，丝瓜络10g，蒲公英15g，冬瓜子30g，继服上方15剂及外用九一丹，溃口开始愈合，乳房掣痛缓解，溃疡收口变平，口干减轻，大便畅通，仍纳差。后以养肝阴，调理脾胃而收功，追访二年，疗效巩固。

此案系肝气郁结，胃热壅滞，蕴热不化，渐而溃烂。方中黄芪治久败疮，祛腐生新，托毒外出；郁金疏肝解郁；银花、蒲公英、天葵子、生甘草、土茯苓清热解毒；丹参、紫荆皮、赤芍、丹皮凉血活血；太

子参、制首乌、女贞子滋阴养血；生牡蛎、丝瓜络软坚通络；冬瓜子、马蔺子清热利湿；法夏、广皮、土贝母化痰散结；九一丹(红升丹 3g、熟石膏 27g 组成)祛腐生新，拔毒外出，在本例治疗中，起到了清除癌灶坏死组织，杜绝感染之源的作用。此为内外兼治而获成功。

本文从察因果、防转化、论治法三方面略述了刘老治疗恶性肿瘤的经验。刘老虽重辨证，但也不忘辨病，在遵循辨证的原则下，所用祛邪药物大多有针对性的抗肿瘤作用；外治方中，运用祛腐引脓，拔毒生肌药物以清除癌灶坏死组织，消除感染之源为目的，也是辨病治疗的另一种方式。诚如刘老所言："只有在立法上符合辨证，在用药上紧扣辨病，组方时选择具有双向作用的药物，才能有助于提高疗效。"

(文先惠)

周次清　　辨治高血压病的经验

周次清教授临证四十余年，对高血压病的治疗积累了丰富的临床经验。其核心就是根据患者年龄、体质及病期的不同，综合分析，分清虚实，明辨受累脏腑，提出了初期治肝，后期治肾，中期肝肾兼顾的治疗方法。往往屡获奇效。现总结整理如下：

初期多实　重在治肝

高血压病初期，多数为精神刺激、情志抑郁而诱发。因精神抑郁不舒，肝失疏泄，便可导致"肝气郁结"；肝郁日久化火，又可出现"肝火上炎"；火邪灼津，进而出现"阴虚阳亢"；肝阳上亢，升动无制，即可发生"肝风内动"。其整个病理变化过程，以实为主，病位在肝，均可发生以头痛、眩晕为主证的高血压病。临证宜分别采用疏肝、清肝、凉肝之法。

1. 疏肝法　适用于初期不稳定型高血压患者。仅表现为头痛头晕，胸闷胁痛，精神不振，血压变化与情绪波动密切相关，舌苔薄白，脉沉弦。治宜疏肝理气，佐以活血解郁。方选柴胡疏肝散。方中柴胡、薄荷疏肝解郁，枳壳、香附理气解郁，当归、芍药活血解郁，甘草缓肝调中。关于柴胡的应用，周老认为，小量宜升清，大量宜清解，中量宜疏肝，故用治高血压，应用中量，有利无弊。

2. 清肝法　肝郁日久化火，或肝阳疏泄太过导致木火内生，均可出现头痛头胀，眩晕，心烦口苦，胸胁胀满，多梦易惊，小便黄赤，大便秘结，舌红苔薄黄，脉弦数。治宜清肝泻火，方选自拟方清肝降压汤（柴胡、菊花、钩藤、黄芩、丹皮、栀子、香附、青木香、佛手），方中柴胡，香附疏肝解郁、丹皮，栀子、黄芩清肝泻火，菊花、钩藤平肝清热，青木香有降压之功，佛手理气和胃，共奏清肝降压之功。多梦易惊加炒枣仁、夜交藤；手足发胀者加泽泻；便秘者加大黄；面红目赤，急躁易怒者，加龙胆草、黄连。本方验之临床疗效甚佳。曾治疗一中年男性患者，血压在25/16kPa左右持续不降，伴头胀头痛，心烦口苦，舌红苔黄腻，脉弦数，服上方六剂，血压降至21/13kPa，诸症明显好转。

3. 凉肝法 因肝阳过亢，往往可导致化火生风，主要表现为剧烈头痛，眩晕肢麻，颈项强硬，烦躁不安，手足抽搐，舌红苔黄，脉弦数等一派肝经风火上动的症状，甚则出现突然昏倒，肢体偏瘫，痰涎壅盛的中风证。治宜凉肝熄风，首选羚角钩藤汤。方中羚羊角、钩藤、菊花、桑叶凉肝熄风，生地、白芍、甘草益阴凉血，贝母、竹茹、茯神豁痰通络，宁心安神。若兼见视物模糊，筋惕肉瞤等肝肾阴虚症状，则改用镇肝熄风汤。

中期多虚实并见　治宜肝肾兼顾

高血压病发展至中期，往往可出现本虚标实，阴虚阳亢的病理变化。有的始于肝阳有余，进而损及肝肾之阴，也有的先由肝肾阴亏发展至阴虚不能制阳，而形成阴虚不能敛阳，肝阳升动无制，阳动风生。最终导致虚实并见，阴亏阳浮的病理结局。周老在辨治中，根据其病因、病理的不同及肝肾受病的侧重，灵活运用滋阴潜阳与育阴摄纳、敛阳熄风两法，多能获得显效。

1. 滋阴潜阳法　在病变过程中，肝阳上亢与肝肾阴虚的程度不同，其临床表现亦各不相同。一

般来讲，偏于阳亢者，多由肝郁化火而来，症状以头胀头痛，面红目赤，烦躁易怒，舌苔黄燥，脉弦数为主，其病变重心在肝；偏于阴虚者多由肾虚发展而来，症状以腰膝酸软，头晕耳鸣，心烦少寐，舌红少苔，脉细数为主，其病变重心在肾。临证中，有的阴虚为主，兼有阳亢；有的阳亢为主，兼有阴虚；也有的阴虚与阳亢症状均较突出。后者多预示病情较重，应警惕肝风内动或中风的发生。

在滋阴潜阳法的具体运用上，周老特别注意根据阴虚与阳亢的轻重主次，灵活应用。

阳亢重阴虚轻者，多见于中青年患者。治宜潜阳为主，滋阴为辅，方选天麻钩藤饮。方中天麻、钩藤、石决明平肝潜阳，黄芩、栀子、益母草泻肝火，桑寄生、杜仲、牛膝益肝肾，夜交藤、茯神宁心安神。肝火偏盛者加夏枯草、龙胆草；耳聋加磁石、珍珠母；心烦易惊加生龙骨、生牡蛎、龙齿。

阴虚重，阳亢轻者，多见于老年患者。治宜滋阴为主，潜阳为辅，宜用三甲复脉汤。方中地黄、阿胶、麻仁、麦冬、芍药、甘草滋肾养肝，牡蛎、龟版、鳖甲育阴潜阳。诸药合用，共奏育阴增液，摄纳浮阳之功。

阴虚与阳亢均较重者，首选建瓴汤。方中代赭石、龙骨、牡蛎潜镇浮阳，牛膝、地黄、山药、芍药滋阴，柏子仁养心安神。亦可选用秦伯未的镇静气浮法（龙齿、牡蛎、代赭石、旋复花、朱茯神、益智仁、枣仁、柏子仁）或杞菊地黄丸、桑麻丸等，均能获得良效。

对于顽固性高血压，周老善于结全现代医学理论，在上述治法的基础上，加泽泻、车前子等利尿降压药，可获卓效。根据周老的经验，此法对于血液粘稠度高者不宜应用，以防其血液粘稠度更高而诱发中风。

2. 育阴摄纳，敛阳熄风法　由于肝肾阴液过于亏耗，肝阳升动无制，必然导制阴虚不能制阳，形成虚风内动的病理变化。主要表现为：头痛眩晕，唇舌发麻，视物模糊，头摇肢颤，半身麻木，筋惕肉瞤。舌红少苔，脉弦细数等。此多为中风先兆，临床须倍加警惕。治宜首选大定风珠。方中三甲复脉汤育阴潜阳，五味子、鸡子黄敛阳熄风。伴抽搐震颤，口眼歪斜者，可加镇痉搜风之品，如全蝎、蜈蚣、僵蚕等。

后期多虚　重在治肾

高血压病发展至后期，往往因年老体弱，肾气虚衰，加之久病由肝及肾、由实转虚，而出现“髓海不足，脑转耳鸣”，“上气不足，脑为之不满”的肾虚为主的高血压病。在辨治中，根据肾阴虚、肾阳虚与阴阳两虚的不同，分别采用相应的治疗方法。

1. 补阴益阳法　适用于单纯肾气虚衰所导致的高血压病。肾虚，可因于先天禀赋不足，又可因于后天劳损过度。大量临床资料证明，老年人高血压及更年期高血压多为肾气虚衰所致。主要症状为：头晕头痛，耳鸣耳聋，记忆力减退，倦怠嗜睡，既不耐冷，又不耐热，发白发脱，牙齿浮动早悦，腰膝酸软，头重脚轻，尿频，夜尿多，月经量少或闭经、绝经，舌淡，脉虚弱。治宜补阴益阳，调理阴阳为法。方选益肾降压汤（周老自拟方）（桑寄生、炒杜仲、仙灵脾、黄芪、黄精、女贞子、牛膝、泽泻），方中桑寄生、炒杜仲、仙灵脾补肾温阳，女贞子、牛膝益肾育阴，黄芪、黄精益气补中，以补后天，泽泻利尿降压。兼见口干心烦，面部烘热者，加知母、黄柏；失眠多梦者，加炒枣仁、夜交藤；血压持续不降者，加青木香、钩藤；血液粘稠度增高者，加决明子、生山楂。本方用于老年性高血压伴高脂血症及更年期高血压，疗效甚佳。周老曾治一更年期高血压患者，血压 24/15kPa 持续不降二十天，伴头晕头痛，腰膝酸软，耳鸣健忘，服多种中西药不效。改服上方，服药六剂，诸症大减，血压降至 20/13kPa。

2. 育阴涵阳法　用于阴虚阳浮、水亏火旺所致的高血压病。由于肾阴亏虚不能制阳，虚阳浮越。主要表现为：头晕头痛，面部潮红，心烦口干，失眠健忘，腰酸耳鸣，视物昏花，双目干涩，大便秘结。治宜首选左归丸加减。方中熟地、山药、山萸肉、鹿角胶、龟版、枸杞、菟丝子、牛膝，皆为阴中涵阳之

品，意取“阳中求阴”、“补中有化”之意。若出现五心烦热，舌红少苔，脉细数等阴虚火旺的征象，可暂用知柏地黄汤，滋阴降火，泻其有余，补其不足。

3. 扶阳配阴法　适用于肾阳偏衰的高血压病。肾阳虚衰的形成，可由肾气虚衰发展而来，也可由阴损及阳而致。主要表现为：头晕头痛，耳鸣耳聋，腰膝酸软，疲乏无力，记忆力减退，畏寒肢冷，面色㿠白，小便清长，大便稀溏，舌淡苔白，脉沉迟无力等症。另外，肾阳虚衰，亦可累及心阳不振，脾阳式微，出现水气凌心，水湿泛滥而兼见心悸不宁、喘促、水肿等症。治宜选右归丸加减。方中熟地、山萸肉、山药、鹿角胶、枸杞、菟丝子等药阴中有阳；附子、肉桂温肾壮阳，意在“阴中求阳”“化中寓补”。若见阳虚阴盛，水湿不化而兼见心悸、喘促、水肿者，可暂用真武汤益火制阴。方中附子温肾化水，白术、茯苓健脾宁心利水，芍药养阴柔肝。

此外，根据周老多年的临床经验，对于老年人高血压病，治疗应宜调理阴阳的偏盛偏衰为主，尤应注意降压不可太过，慎用重镇之品，以防全身重要脏器供血不足而导致变证丛生。这些宝贵经验值得我们在临证中遵循。

（路广晁）

夏锦堂

论补脾法的临床意义

脾主运化、升清、统摄血液，又是气血生化之源，向称“后天之本”。脾与胃同居中州，相互依存。同时上与心肺，下与肝肾，无论在生理上或病理上均有密切的联系。脾病可以影响他脏，他脏之病亦能及脾。所以，脾虚功能失常，往往出现全身性病变。通过补脾法以恢复中气，不仅能协调五脏的关系，而且使水谷精微敷布，全身机运流畅，生机随之旺盛，从而扭转病势，使多种疾病逐渐向愈。常用的补脾药不外党参、人参、白术、黄芪、茯苓、甘草、山药、黄精、大枣等，并根据具体病情，适当配合有关药物。兹应补脾法的临床意义分述如下。

培土生金

培土生金，又称补脾益肺。即通过补脾益气的方药来恢复肺的功能，治疗肺病的一种方法。脾土与肺金为母子关系。脾虚不能散精于肺，则肺的气阴不足，易于受邪。正如李东垣在《脾胃论》中所说：“肺金受邪，由脾胃虚弱不能生肺，乃所生受病也”。然而肺病影响母脏，所谓“子盗母气”，更为多见。临床上咳嗽、哮喘、喘证、肺痿、肺痨等病日久不愈，或反复发作，每见食欲不振，便溏或泄泻，四肢乏力，形体消瘦等，正是子病累母的反映，治疗上必须培土生金，这就是“虚则补其母”。

柴某，男，37 岁，农民。喘咳 17 年，每值冬冷或天气突变则发病，西医诊断：①慢性支气管炎；②肺气肿。近来喘咳，胸闷如塞，喉中痰鸣，自汗，盗汗，饮食不香，脉细数，舌红，苔薄白。先当宣肺降气化痰。治疗 1 周，喘咳胸闷减轻，喉中已不闻痰声。惟汗多，纳呆，食少，便溏，神疲力乏，舌淡苔薄，脉细弱稍数。转为健脾益气，佐以宣肺化痰。党参 18g、炒白术 10g、茯苓 12g、炙甘草 6g、陈皮 10g、淮山药 12g、炙黄芪 15g、五味子 9g、杏仁 6g、桔梗 6g、川贝母 9g。服 1 周，喘咳已除，胃纳恢复，大便成形，精神好转。

扶土抑木

扶土抑木，即健脾疏肝，或补脾平肝，用于脾弱肝旺之证。脾和肝的关系，是脾土被肝木所克制的关系，习惯上称为木克土。脾的功能正常，并不受肝木乘克，所以有“四季脾旺不受邪”之说。一旦脾土虚弱，肝木就会乘克。在郁证、胁痛、泄泻、鼓胀等内科疾病中，常可见到这种土虚木旺的证候。如肝气乘脾引起泄泻，病人除腹痛、泄泻、胸胁胀闷、嗳气等肝气横逆症象外，平素多有食少、腹胀、便溏等脾失健运之象。治当扶脾土而抑肝木，方如痛泻要方。在小儿时期，由于脾常不足，肝常有余，若久患吐泻或暴吐暴泻，损伤脾阳，肝木偏亢，虚风内动，则形成慢惊风。其证缓缓抽搐，时作时止，神志不清，便稀带绿，四肢不温，面色萎黄，嗜睡露睛。这种脾虚肝亢之候，法当扶土抑木。扶土用党参、白术、伏苓、甘草；抑木用白芍、天麻、钩藤。着重于培补中气。脾土健运，中宫气化敦厚，则肝木可平。

崇土制水

崇土制水，即通过健脾以制约肾水之谓。脾与肾的关系，是土能克水。但这一克制关系，表现在脾土虚弱，无力制水时，下焦水邪就会泛滥。而健脾运功能，即能制服水邪。在水肿、鼓胀等内科病过程中，由于脾阳虚弱，气不化水，水蓄不行，临床上就会出现全身水肿，下肢尤甚，小便不利，腹大如囊裹水等症。此时温补脾土，使脾阳振奋，则水肿、腹水消退。这说明脾在维持机体水液平衡方面起着重作用。脾土旺，则水液代谢正常，脾土衰，则水液潴留。

陈某，男，43岁。全身水肿，时轻时重一年余。近半年来腰以下水肿明显，浮肿按之如泥；平时食少，恶心，食后脘腹胀闷更甚；大便溏，小便少；神疲力乏、气短，四肢不温；面色萎黄，舌淡苔白腻，脉沉细缓。西医诊断为慢性肾炎。此乃脾虚失运，中阳不足，水湿泛滥。法当健脾温阳，利水，和中。处方：黄芪30g、炒白术10g、茯苓15g、熟附片6g、干姜3g、木瓜10g、厚朴6g、陈皮10g、法半夏6g、泽泻10g、大腹皮10g、生姜3片、大枣5枚。6剂。药后小便增多，浮肿减轻，恶心亦止。惟仍食后胀闷，神疲，气短。原方加党参15g，继服10剂。水肿已消十之六七，小便如常，肢冷已温，精神转佳，饮食增加，化验尿蛋白(+)，颗粒管型少许。

消除湿痰

湿与痰是两种病因，但均与脾虚有关。脾失健运，不能运化水谷精微，则水湿停聚，所谓"脾虚生湿"，亦称"内湿"。外湿的侵入亦与脾虚密切相关，在脾阳不振的条件下，易于感受外湿。脾虚湿盛，往往引起水肿、鼓胀等病证，所以《内经》明确指出："诸湿肿满，皆属于脾"。痰的形成，虽说与肺脾肾三脏有关，但主要在于脾的运化失职。因痰为水液所化，脾失健运则水液凝聚变成痰，因此说"脾为生痰之源"。由于湿与痰都来自水液，而脾主运化，因而脾虚水谷不化精微，既能生湿，又能生痰。湿蕴酿痰，即称为痰浊或痰湿。痰湿致病，阻碍经脉气血运行，则肢体麻木，屈伸不利；阻滞气机升降，则胸闷咳喘；蕴结中焦则身重倦怠，恶心呕吐；挟肝阳上扰，清阳受阻，则头重眩晕；如此等等。治疗痰湿的基本方法是健脾。因为脾气健旺，运化正常，则湿痰不生。实践反复证明，健脾能够消除湿痰。

建中缓急

建中缓急，即建立中气，缓急止痛，用于脾阳不足"虚劳里急"之证。脾居中洲，职司运化。由于饮食失调或劳倦过度，损伤脾胃，中阳不足，内脏失于温养，脉络拘急而引起胃痛、腹痛，临床上屡见不鲜。无论胃痛或腹痛，均以隐痛、喜温、喜按为特点，且反复发作。同时，由于脾胃虚寒，健运失职，气血不足，常伴有食少、便溏、神疲乏力、四肢不温等症象。这种病证，治疗上必须温运脾阳，建立中气，方能缓急止痛。仲景所创的大建中汤、小建中汤和黄芪建中汤，均为此而设。

毛某，男25岁。胃脘痛已4年，每逢天冷或稍进冷食即发作，西医诊为十二肠球部溃疡。近10天胃痛加重，喜按喜温，口干，时吐酸水，大便干，食减，舌淡尖红，苔白，脉弦细而数。脾阳胃阴两伤。处方：生黄芪24g、肉桂6g、生白芍24g、肉桂6g、生甘草9g、炮姜9g、清半夏9g、瓦楞子24g、香附24g、五灵脂9g、炒麦芽12g。6剂。药后胃痛泛酸已除，饮食增加，大便仍干，白苔已薄。原方去半夏、香附、灵脂；加生地9g，麦冬9g，大枣5枚。迭进9剂。胃痛未发作，大便转润，舌淡红、苔薄白、脉弦细。加党参、白术、茯苓、陈皮、半夏为丸。半年后追访，胃痛未犯，并能稍进冷食。

益气生血

人身之气，分先后天。后天之气在脾，即来源于水谷的精微。水谷精微经过脾的运化，上输于脉，

与肺吸入的清气，注入心脉以营养全身。一旦脾虚，运化失常，不仅食少、便溏，同时也出现四肢倦怠，全身乏力，面色苍白等气虚症象。通过补脾可以益气，所以《类证治裁》说："元气根于脾土"。补脾益气又能生血。因为血是"中焦受气取汁变化而赤"，因而治血虚，重在补脾。临床所见心悸、不寐、眩晕等病证，由于气虚、血虚或气两虚而引起的不少见。如心血不足而心悸、头晕、面色苍白；气血两虚而少寐多梦、心悸健忘、气短乏力；眩晕患者活动加剧，劳累即发等等。凡此皆宜用参、芪、术、草补脾益气为主，或佐枣仁、远志、茯神养心安神；或佐生地、白芍、阿胶补血；或佐升麻、柴胡升清。总之，脾气健运，化源充沛，则生机旺盛，疾病亦随之而退。

统血归经

统血归经是通过补脾益气，统摄血液，使之循经脉运行。由于脾统血，气能摄血，所以"血之运行上下，全赖于脾"。临床所见的血证，如鼻衄、吐血、便血、尿血及紫斑，其出血的原因之一，就是脾气虚弱，统摄无权。因为气不摄血，血上溢于口鼻，则为吐衄；下泄于胃肠，则为便血；渗于膀胱，则为尿血；渗于肌肤之间，则为紫斑。正因为脾虚气弱，各种血证均可见面色苍白、舌质淡、脉细弱等症象，也均宜补脾益气以统血归经。

叶某，男 32 岁。紫斑时发时止已 7 年，西医诊为血小板减少性紫癜。此次复发已 3 个月，四肢均有出血点。查血小板 45000/mm^3，白血球 3600/mm^3，血色素 10.5g。自觉头晕目眩，全身无力，心慌，动则加剧，失眠多梦，伴咽部堵塞干粘，食后易吐，面色不华，唇淡，舌淡红，苔黄腻，脉沉细涩。证属气血双虚，痰热内阻。先为清化痰热，兼以健脾。方用黄连温胆汤加味，服 6 剂已不吐，食欲增，寐安，咽部堵粘大减，但仍有新的紫斑出现。转为补脾益气摄血，佐以补血滋阴。处方：党参 24g，黄芪 30g，茯苓 12g，白术 10g，甘草 6g 地榆 10g，陈皮 10g，当归 15g，白芍 15g，枸杞子 15g，旱莲草 12g。6 剂。药后未见新的出血点，原方继服。心悸、头目眩晕大减，精神好转。一月后，复查血小板已升至 144000/mm^3，血色素 12.2g，白血球 9400/mm^3。

甘温除热

甘温除热是内伤发热治则之一。内伤发热原因不一，由于气虚导致的发热，必须用甘温之品，方能除其热。气虚发热根源在于脾胃损伤，气血生化不足，气虚血少，不能涵养中阳，以致虚阳浮越。这种气虚阳浮的发热，李东垣称之为"阴火"。气虚发热，多为低热，常于午后开始，并伴有食欲减退，四肢倦怠，全身无力，形衰气少等脾虚之象。脾虚中气不足，宜补而恶攻，宜甘而恶苦，宜温而恶寒，宜升而恶降。治以甘温之剂补脾疗虚，建立中气。中气建立，水谷精微敷布，气血生化恢复，虚阳得以敛藏而不致浮越，则发热自除。李东垣所创立的补中益气汤正是这方面的经验总结。

（狄玉敏）

肖　珙

眼皮颤动的望诊与心悸的辨证施治

在跟随着老师应诊中，对心悸患者皆示其微闭双目，以观察其眼皮是否颤动，发现心悸并伴有眼皮颤动的患者，在问诊中多有平素脾气急躁，自制能力较差，且多伴有心烦不眠的症状。临床共观察57例心悸伴有眼皮颤动者，其中男性12例，占21%，女性45例，占79%；年龄最小者22岁，最大者63岁，其中22—30岁者16例，占28.1%，31—45岁者28例，占49.1%，46岁以上者13例，占22.8%；心电图检查有阳性发现者18例（心肌劳损、心律失常、冠状动脉供血不足等），占31.6%。问诊中患者自述平素脾气急躁，善怒易惊者54例，占94.7%，3例则属平素不善言辞，性格内向之人，占5.3%。在治疗中病史短者主要采用疏肝理气、消热养心安神的治疗方法，病史较长者主要采用疏肝理气、滋阴柔肝的治疗方法，均取得令人满意的治疗效果，举例如下：

例1：邓××，女，34岁。1992年5月9日初诊。半年前因工作矛盾与人发生争吵后突发心悸，经治疗后症状有所缓解，但时发时止，发作时心中惴惴不安，坐卧不宁，注意力不易集中，记忆力明显减退，每晚临前必服"舒乐安定"，问诊中自述平素脾气急躁。诊查：舌质红，苔白，脉细弦，微闭双目后眼皮急速颤动而不能自止，心电图检查：大致正常范围。原职业为商店会计，因病改作售货员。此例患者因工作疏忽而使帐目不清，与他人辩解时发生争吵，后突发心悸，虽经治疗但心悸仍时常发作，究其因为平素肝阳素亢，加之郁怒伤肝，肝郁日久而化热，邪热扰动心神而心中悸动不安。舌质红，脉细弦为肝郁有热之象。辨证：肝气郁结，热扰心神。治则：疏肝理气清热，养心安神。处方：柴胡12g，黄芩15g，郁金15g，玫瑰花6g，菖蒲9g，远志9g，炒枣仁15g，首乌藤12g，薄荷6g。方中以柴胡、黄芩、郁金、玫瑰花、薄荷疏肝理气清热，菖蒲、远志、炒枣仁、首乌藤、枣仁养心安神。服药6剂后复诊，心悸发作次数明显减少，症状减轻，睡眠较前好，但仍头晕乏力，思绪烦乱，原方加百合15克，知母15克，北沙参15克，用以滋阴清热除烦，共服药18剂，心悸不消失，记忆力明显增加，身体较前有力，睡前停服舒乐安定，随访现已恢复会计工作。

例2：张××，女，38岁。1992年3月9日初诊。心悸，胸闷有时痛一年半，加重3个月，患者曾于一年半前因"心肌炎"入我院治疗，经治疗后症状减轻，3个月前因劳累，心悸，胸痛又发，自述平素脾气急躁，每因小事与人口角，尤在月经前症状加重，纳差，身疲乏力有时头晕，夜眠梦多，经期如常，月经量较多，有贫血病史。诊查：面色萎黄，舌质淡红，苔薄白，脉弦细数，咽干色红，闭眼后眼皮急速颤动不止，心电图检查：房性期前收缩，血色素73克/L。此患者因劳累而发心悸，且纳差，身疲乏力，月经量多，面色萎黄，咽干，脉弦细数，为阴血虚衰之象，又平素脾气急躁，肝阳素亢，水不涵木，故肝木旺而心火盛，故仍求因于肝而治之。辨证：肝郁有热，阴血虚。治则：疏肝理气清热，滋阴补血柔肝。处方：柴胡12g，黄芩12g，百合15g，知母15g，苏梗12g，香附12g，炒枣仁15g，白芍15g，阿胶9g（炖服）。方中柴胡、黄芩、苏梗、香附疏肝理气清热，百合清心安神，配知母治虚烦不眠，枣仁养心安神，阿胶滋阴补血，白芍养血柔肝。服药12剂后来诊，心悸明显减轻，胸痛愈，睡眠较前好，有时头晕，原方加黄芪15克，又服12剂后，心悸，胸痛消失，睡眠好，食欲增，月经量如常，面色红润，身体较前有力。心电图检查：大致正常范围。

例3：李××，女，58岁。1992年3月18日初诊。心悸气短，胸闷憋气，心前区疼痛。8年前心电图检查诊为"冠状动脉供血不足"，经中西药物治疗后，前述症状缓解，但时发时止，1个月前因家务与人争吵后，前述症状加重，伴夜卧不安，梦多，乏力，有时耳鸣，舌质紫暗，舌边有瘀斑，舌苔黄腻，脉弦，微闭双目后眼皮急速颤动不止，自述平素脾气急躁，心电图检查：慢性冠状动脉供血不足。心悸与胸痹的病因病机不同，临床表现也不同，心悸是自觉病因病机不同，临床表现也不同，心悸是自觉心中悸动，惊惕不安，胸痹是以胸痛为主，二者症状常相互兼而有之，但心悸者往往痛不甚重，胸痹者亦常伴有心悸，情志不调，肝气郁结常为二者的共同致病因素，此例患者平素脾气急躁，且因受精神刺激后发病，以心悸为主要表现，故仍求肝以治心悸。辨证：肝气郁结，瘀血阻络。治则：疏肝理气，活血通络。处方：柴胡12g，苏梗15g，云苓15g，龙胆草12g，香附12g，路路通15g，丹参15g，北沙参15g，菊花9g，炒枣仁15g，玫瑰花6g。方中柴胡、苏梗、香附疏肝理气，龙胆草、菊花、云苓泻肝降火祛湿，丹参、路路通、玫瑰花活血化瘀，行气通络，沙参滋阴补肺益气，枣仁安神宁志。服药6剂后诸症悉减，耳鸣消失，仍睡眠较差，原方去龙胆草，加首乌藤12g，又服药12剂后诸症皆除，嘱其继用玫瑰花代茶常服。

讨论与体会：眼皮颤动又称"目瞤"、"胞轮振跳"，开目时的眼皮颤动与闭目时的眼皮颤动是不同的，开目时的眼皮颤动发作时间短，一般为数分钟，最长可至数天，可不治自愈；而闭目时的眼皮颤动发作时间长，病程可至数十年，且不能自愈。

临床观察中发现，眼皮颤动多因风热实证所致，本虚标实证也可有此表现。并总结出凡心悸而伴有眼皮颤动的患者，以疏肝理气为主的治疗方法，取得了成功的治疗经验。总结以上病例，心悸伴有眼皮颤动者，绝大多数平素脾气急躁，或受过不良精神刺激，或平素不善言辞，心有隐曲不得发者，且以中年女性为多。还发现眼皮颤动的程度与病史的长短及病情的轻重有密切关系，闭眼后眼皮微微颤动者多为病史较短，病情较轻，而眼皮急速颤动者则多为病史较长，心悸发作次数较为频繁，情绪较前者更不稳定，且常伴有气血虚弱的表现。凡平素脾气急躁者多属肝气过旺之人，肝木旺则心火盛，心主神明，心火盛则神摇，故而悸动不安；肝木旺则风气动，眼胞属脾为肉轮，风动则引发眼胞肌肉惊惕而颤动；肝旺乘脾，脾虚眼胞失养而颤动不已，由此可见，不良的精神刺激所致的肝之病变是引发心悸及眼皮颤动的主要原因，所以对此类患者从肝论治，较一般传统治法收效更加迅捷。

（李光华）

汪履秋　　辨证心要

汪履秋教授阅历广、诊病快、辨证确、方药精、化裁活、疗效高、反映好。辨证思维敏锐，有许多独到之处。现就其辨证要点，分述如下：

抓主症　顾兼症　贵在取舍

医者辨证，首先要从诸症状中抓住主症，辨治方能求本，其经验是：

善问诊。病者叙症有时凌乱无章、主次不清，老师善于执简驭繁，细询其主要病苦所在，再参望闻切三法，主症多可确定。他常说：要抓得住、吃得准，否则面面俱到，难中要害。

识主症。当症状繁杂时要医者自己识别其主次。如治严某，男，40 岁，因被骗巨款而致严重神经衰弱，求治五年收效甚微。来诊主诉，头昏胀如箍，阵发紧缩，失眠烦躁，手抖，苔白腻。我从交通心肾、潜阳化痰立法，症情有减，但头箍如故。后请汪老师复诊，辨为头箍紧缩苔白腻，为湿蒙清阳气滞络阻，用清震汤合天麻钩藤饮，药后诸症悉除。

辨病因。临证抓主症顾兼症，要由症探因辨证才能精确，如汪老师辨头晕一症，从八个兼症求因。案如：涂某兼烘热心烦，舌光无苔，从阴虚阳亢辨；李某兼终日欲寐，站立加重，从中气不足辨；蔡某兼失眠易醒，纳少疲乏，从心脾血虚辨；包某兼烦热欲吐，从天暑地湿、人在气交中、暑热上冲辨；陈某兼头痛，有脑震荡后遗症，从瘀血阻窍辨；钱某兼耳鸣目花、健忘、遗精，从肾精不足辨。

明缓急。有时主次难分，老师多从缓急来权衡。如朱某，女，54 岁，叙症：头昏心慌，全身肢体酸痛、腹痛腹泻欲吐。详询之，腹痛吐泻三天为新病，余症以往即有之，仅吐泻后头昏心慌略加重，老师即从肠胃湿滞辨治，余症当后图。

贵取舍。病症较多时，要有取舍。如张某，女，42 岁，多病之体，有高血压、胃病等，症见头昏、腹痛、胃部不适、带多便溏、舌苔白腻。老师从脾虚湿滞辨治，用四君二陈平胃意，头昏为中焦湿阻，清阳不升，湿化气升当自愈。

首辨证　次辨症　结合辨病

汪老师认为，临床用药易，而难于辨证，故必先论病，而后论药。论病须对证、症、病三者认真辨审。证即证据。为疾病本质，有时指病之证型；症指具体症状，症状是证的基础；病是证的总称，指病名，亦有一部分病种是以症状来命名的。古籍多一病立一门，一门立数法，实即立数证型。中西医双重诊断时，亦用西医病名对照。辨证要注意三者之间的内在联系，方能全面准确。如戴某案，女，37 岁，症见两手、腕、足均肿痛，稍有强硬，扶双拐行走仍艰难，已历十六载，皮肤散在牛皮癣，西医诊为牛皮癣性关节炎。教师辨病辨证，前者为顽痹，风湿痹阻脉络，后者为白疕，乃湿热浸淫肌肤，治从祛风宣湿，清营通络，方选麻黄连翘赤小豆汤、桂枝芍药知母汤、四妙丸意。连续四诊，关节肿痛悉除。老师辨证多尽量做到症、证、病三者全面无遗。但临床常有证、症、病三者不全，甚或有矛盾时，老师多有取舍。

有症无病(名)，当从证(症)治。如王某，男，31岁，症见形寒怕冷，口干舌燥，心烦手抖，属有症无病名可定，从营卫不和、阴虚风动辨证。又如钱某，男，42岁，症见眼肌痉挛三年，余无所苦，老师辨证，眼睑属脾，痉挛属风，从健脾气、平肝风、佐活血通络辨治。

辨病难定，病机相同，当从异病同治论。如郑某，男，48岁，症见两足红肿热痛，行走艰难，病属湿热、流火、丹毒、湿脚气、痛风，莫不难从，但病机均属湿热下注，遂投清热利湿祛风活络剂而愈。病症不符，恰守辨证。如张某，女，48岁，发热38℃。稍恶寒，检查提示："胆囊毛糙"、"尿路感染"，血沉偏高，老师据所苦症情辨之，从先祛风湿，稍佐利胆，药后热退，诸症皆除。

老师常告诫，临床勿囿西医病名，仍以辨证为主，但非一概排斥，医贵贯通中西，取长补短，提高疗效。有时症情过简，可据病参临床检查而辨。如蔡某，男，31岁，症见胃脘隐痛、泛酸、为冷饮后诱发。胃镜示：病为胆汁返流性胃炎、萎缩性胃炎。老师不从温中，而参其病理检査，从疏肝胆、养胃气、健脾气辨治，药如：柴胡、枳壳、半夏、厚朴、黄连、沙参、石斛、乌梅、瓦楞等，两诊病去，效果甚佳。

多守常　创新谱　每病有方

汪老师诊务忙，一小时常治十余病人，在几分钟内，要四诊、辨证、口述脉案、理法方药俱备，且思维敏捷，疗效颇佳。究其因，乃老师对古人的可贵经验多常守用，有经方派的特色。不仅如此，他对内科的病种还创造了自己独特的分型和治疗套方，既好记，用起来又得心应手。

书熟是基础。汪老师不仅经典著作熟背如流，而且对《明医指掌》、《类证治裁》、《病机赋》等许多医家的重要论述，亦能脱口而出，短短的脉案中常能精辟引用，指导辨证治疗。如张某某：口眼左歪月余，此乃"阳明脉络空虚，厥阴内风舞动"。治法熄风平肝，养血化瘀，用牵正散合四物汤加味。又如章某案，少腹坠胀、尿淋沥不尽已数载，从"中气不足，溲便为之变也"论治。方用补中益气汤、萆薢分清饮、六味地黄汤加减而愈。

归纳创新谱。汪老师对许多病的辨证分型有自己的独特思路，多以几个字加以概括。如：痹证按病因分为：风、寒、湿、热、痰、瘀、虚七型，高血压病按病理分为：风、阳、痰、火、瘀五型。每证型均有方有药，临证只要区别证型是单一的，还是兼有的，对照共性，照顾个性，理法方药随手可得。每病有定方。汪老师临证五十余载，经验丰富，又集古今医家之长，并结合现代药理和单方，潜心研究，对内科每一病种都有基本方药。如：急性风湿方为麻黄、生石膏、桂枝、白芍、知母、秦艽、川牛膝、制苍术、宣木瓜、寻骨风、虎杖。乙肝方为桑椹子、贯众、土茯苓、田基黄、虎杖、黄芪、当归、丹皮、郁金。诸病定方、均为老师心血结晶，临床使用方便、疗效卓著，临证只要根据病情稍事加减即得。

变有根　化有源　灵活权衡

随着社会、气候及生存环境的变异，疾病也在变化，现在有一部分疑难杂证，古人未认识，老师不畏艰难，悉心研究。他既崇经方派，化裁均有根有据，极其严谨；又能不断发扬创新，解决临床难题。

扩大古法古方的运用，只要证似，则古为今用。如阎某案，女，38岁，主症两下肢软弱无力，行走艰难，全身肌肉微痛，言语欠灵，病历两载，西医始诊为"侧索硬化症"，后又诊为"颅底病变、骨质增生"、中医认证仍属痿　，从阳明治已不够，需重补肝肾，益气血，化痰瘀为法，药如：首乌、杞子、山药、苁蓉、狗脊、黄芪、当归、菖蒲、远志、虎杖等，服后症情明显好转。又如古方五积散，原治寒、食、气、血、瘀之五积，老师取其组成散外邪、理气滞、化痰瘀、升清降浊配伍之妙，用来治疗痛风病，因痛风为尿酸盐沉积为患，虽多暴发红肿热痛，然用五积散治疗时，加些清热解毒之品，疗效甚佳。

宗本源、创新法。临床部分疑难病，老师多宗中医理论，师古而不泥古，灵活变通，开创新路。如

张某，女，29岁，系统性红斑狼疮，症见面色隐红，皮肤粗糙，肢体酸痛，查抗核抗体阳性。老师分析，面斑为营分有热，酸痛为风湿，其免疫功能差，多为肝肾之本不足，似古之阴阳毒一病，但又有很多症状不能解释，治仿升麻鳖甲汤之养阴、解毒、散瘀之法。拟从补肝肾、清营热、祛风湿、和络脉，药用首乌、桑椹子、当归、二地、丹皮、紫草、土茯苓、虎杖、寻骨风、威灵仙等。先后调治四月，诸症消失，抗核抗体转阴。又如盛某，女，74岁，因它病用地塞米松后致两下肢疼痛难忍，两膝畸形肿大，坐轮椅已四年，西医认为药物性关节炎，老师考虑为热毒伤络，痰瘀阻滞，药用银花、甘草解毒清热，制南星、桃仁、牛膝、片姜黄、地龙化痰瘀，活络，防己、白术、木瓜祛湿舒筋。一诊后疼痛大减，二诊后关节即可活动，构思疗效均奇特。辨证实为医者古今中西医知识与个人经验的综合运用，辨证精当，才能审证求因，辨病治本，治疗也才能药中于病，这是继承学习、关键之处。

（叶果强）

刘茂甫　　补肾化瘀法治疗中、晚期肝癌的经验

刘茂甫老师对于治疗中、晚期肝癌，主张"补益攻伐相兼而进"，采用补肾化瘀法为其基本治则，经临床验证，疗效较好，故将刘师的这一学术思想及治疗方法总结于下：

一、对肝癌病因病机病位的认识：

刘老认为："肝癌病位在肝，其本在肾，其标在瘀"。

在生理条件下，肝藏血，肾藏精，血的生化有赖于肾中精气的气化，肾中精气的充盛亦有赖于血液的滋养。这种"精血同源"的关系，决定了肝与肾在生理上相互为用，在病理上相互影响。肝属木、主疏泄，肾属水、主封藏，肾水充盛不断滋养肝木，使其疏达、调畅，使其能主筋、主魂，使其爪泽、其筋润。反之，如果先天禀赋不足，或长期耗损肾精，则"水不涵木"，出现肝阳上亢，肝阴不足；肝阳上亢或情志过激，肝火太盛，则下动肾阴。不管是肾中阴精不足引起的肝阴不足，还是肝火过盛暗耗肾阴，均使肾中阴精不足。古人对肾精特别重视，《素问·金匮真言论》曰："夫精者，生之本也"。今肾精不足，肝失所养则"邪气乘虚而入"。

刘师对引起肝癌的邪气认为是瘀邪所致。基于以上肾虚之理论，故认为"邪之所凑，其气必虚"。肾之阴精不足，不能滋养肝阴，肝阴不足，疏泄失常，使体内气机的升降出入失常，气机不畅不能推动血液运行，水液不能正常敷布，饮食物不能正常运化，则成血瘀、水湿、痰瘀。食积、气、血、痰、湿交合郁结，积于胁下，则见积聚癥块。正如《医学入门·积聚门》所说："气不能作块成聚，块乃痰与食积死血有形之物而成积聚癥瘕也。有积聚成块不能移动者曰癥，言坚硬贞固也。"瘀结不通，越积越大，故发展迅速、疼痛剧烈，瘀久化火则出现热症，可见目赤、心烦、黄疸；迫血妄行，则出现吐血、衄血等各种出血症候，真阴耗竭，则可夭折。

以上充分说明肝癌的病变部位虽在肝，但其病本在肾虚，其标的临床表现则为瘀，由食和气血痰湿火六郁症，郁久成瘀则癥积成矣。

二、提出补肾化瘀法为治疗肝癌的基本治则。

基于以上对肝癌病因病机的认识，刘师对《沈氏尊生书·寒积聚癥瘕痃癖》所说的："若积之既成，又当调营养，扶胃健脾，使元气旺而间进以去病之剂，从容调理，俾其自化，夫然后病去而人亦不伤"十分推崇。他认为，"积者，积累也，由渐形至而成，先有虚后有瘀，调其气血，使正气得复，邪气也就渐驱"。故提出以补肾化瘀法为其主要治疗原则。在补肾药的选用上，他认为应以补肾为主，佐以滋阴壮阳药，常用药有：女贞子、枸杞子、山药、山萸肉、菟丝子、生地。理气活血化瘀用：丹参、红花、柴胡、栀子、川楝子；利湿化瘀用大腹皮、白茅根、车前子、苡米；消食化瘀用乌梅、山楂、鸡内金；泄火化瘀用栀子、黄芩、半枝莲、知母、白花蛇舌草。并以补肾化瘀之药制做成药，名曰"益肾饮"（枸杞子、菟丝子、五味子、丹参、山楂等八味药）在病情稳定时服用。

典型病例（一）：

和某某，男，36 岁，干部，住院号：266615。

患者于 1991 年 9 月 26 日以晚期肝癌，肝癌破裂，行剖腹查，肝右动脉栓堵，腹腔清理术后 70 天，皮肤巩膜黄染 6 天由肝胆外科转入我科。患者于三个月前，作 B 超时发现肝右前叶可见一 4×

4cm 增强光团，CT 示肝右前叶可见一 7.2×5cm 低密影，边界模糊，核磁共振报告，肝右叶原发性肝癌(大小约 6×8cm^2)，碱性磷酸酶(15.9)，胆固醇(351mg/升)，AFP、血清铁蛋白正常，HBsAg(＋)，HBeAg(＋)，患者除感乏力外，余无特殊不适感。查体，肝脾不大。诊断为原发性肝癌。住院准备手术切除，但住院两周后突然出现腹痛，急予剖腹探查，发现肝癌巨块为 7×10cm，已破裂，腹腔内有大量鲜血，约 1000ml，因不能切除故给行肝右动脉栓堵(栓堵液为阿霉素 60mg，泛影葡胺 20mg，碘化油 10ml)，同时给腹腔清理，术后 7 天拆线，伤口愈合良好。70 天后感头昏、乏力加重，皮肤巩膜黄染，黄疸指数 53u、转氨酶(GPT)高达 100u，复查 CT，肿块无明显缩小，考虑肝转移或化疗引起的肝细胞破坏，外科给保肝对症治疗一周，效果不显，而转入我科。入我科时，头昏、乏力、腹胀、纳呆、尿黄、皮肤巩膜黄染、黄色鲜明，性情急躁易怒，舌红、苔黄腻，脉弦数。刘师根据病史，结合脉证，诊断为癥积，辨证属肝肾阴虚，湿热壅盛，遂用标本同治法，予滋补肝肾，清热利湿，佐以疏肝理气，方用生地 12g，山药 15g，女贞子 12g，丹皮 18g，栀子 12g，茵陈 30g，柴胡 9g，山楂 30g，车前子 15g，水煎日服 1 剂。

服上药 10 剂，黄疸明显消退，因腹胀不减再加用枳壳 12g，莱菔子 15g 以消胀理气。

连服两周，乏力，腹胀、黄疸消失，复查黄疸指数正常，B 超报告肝内肿块明显缩小，去清热利湿之剂，以补肾为主(方用生地、山药、女贞子、丹皮、栀子、柴胡、川楝子、山楂、当归)连服一月后转外科行门静脉右支栓堵术。

术后两周，复出现乏力，纳呆、胁下胀满，但皮肤巩膜微黄，黄胆指数 24u，GPT50u，舌红，苔黄腻，脉弦，辨证用药同上，服药 10 天后症状基本消失，20 天后化验肝功，黄疸指数正常、碘试验(＋)高田氏(＋)，B 超报告肝光点增多，增粗，肝内原肿块消失，脾脏略大。辨证同上，用上方加红花 12g，郁金 6g，继服两月，同时加服益肾饮，每日两支分早晚服，症状基本消失，肝功好转，出院。出院后坚持服六味地黄丸、益肾饮。

后每月复查，肝功，AFP，血清铁蛋白、B 超观察三个月，未见复发迹象。

该患者通过补肾化瘀治疗，改善了症状，赢得了手术栓堵机会，从发病至今一年零三个月，生活起居正常，已上班三个月，目前无特殊不适感。

典型病例(二)：

沈某某，男，59 岁，军干，于 91 年 3 月 26 日以肝癌术后三个月，出现腹水、乏力，消瘦，一月，来我院门诊就治。当时形体消瘦，面色黧黑，肌肤甲错，食纳减少，每日进食 2－3 两，腹胀大如鼓，尿少，便溏，舌质暗红，苔黄腻，脉沉、腹部青筋暴露，腹围 81cm，腹水征阳性，双下肢水肿，按之没指，肝功射絮 16u、锌浊 20u、黄疸指数 20u、白、球蛋白之比为 31∶37。辨证属中医之臌胀，肾精亏损，肝气郁结，水湿内停型，治以滋补肝肾，行气利湿，活血化瘀。

用药如下：枸杞子 15g，女贞子 15g，山药 15g，党参 15g，柴胡 12g，炒白芍 15g，炒苡仁 15g，白扁豆 15g，车前子 20g，莱菔子 18g，白茅根 30g，山楂 15g，丹参 15g。

服药三个月，腹胀减轻，但皮色仍暗淡，食纳不佳。刘师认为，补肾药不力，并增强消食之剂，故给上方加黄芪、鸡内金、麦芽，同时服自拟益肾饮。服用两月，腹胀消失，腹围正常(70cm)，肝功化验射絮 8u，锌浊 14u，黄疸数正常，白、球蛋白之比 3.4∶2.4。

以上服用五月后，腹胀消失，食欲增加，并可跑步锻炼。腹水征(－)，双下肢浮肿消失，面色红润，判若两人，体重增加 10 斤，生活起居如常。后改为每月服药为 15 剂，其余时间服益肾饮。现已近两年，肝功正常，AFP 正常，B 超未见复发。

(郑清莲)

钟明远　师古承精义　创新通络方

广东省名老中医钟明远，行医五十余载，学验俱丰，对中医古籍及各家学说的研究有很深造诣，在临床中应用叶天士通络法治疑难病，得心应手，效如桴鼓。

钟老指出，《叶天士医案》中《痛》篇共131条，论及"痛久入络"、"病久入络"之类者就有43条，约占三分之一。他认为，应用通络法，首先须认识气、血、络三者的辨证关系。气行脉外而属表，血行脉中而属里，气病血病必相及。初起病邪表浅，病久则逐渐深入，必伤及血，再而在络。同时通络法与"瘀"有密切关系，故与活血化瘀法有异曲同功之妙。近年来，国内外中西医学者对活血化瘀法用血液流变学、微循环等实验研究均取得可喜的进展，此对通络法的研究同样有促进作用。根据某些疾病病程长、易反复的特点，正与叶天士"久病在血在络"之论相合。所以，钟老在临证中常选用以辛通络的方法，如辛温、辛苦、辛润或辛咸等。认为辛味之品具通散的作用，常用桂枝、桃仁、丹皮、川菖蒲、元胡索等活血通络之品及白花蛇、川蜈蚣、全蝎等虫蚁搜剔通络，其目的在使血络得通，气机流畅，驱除血络深部之邪外出，邪祛则正安。

钟老根据古人治疗思想的通络法应用于临床，师古而不泥，创新通络方。如用桂苓通络汤治疗病入血络的疾患；用虫蚁搜剔药组成天龙蠲痹丹治疗痹证；用豁痰通络的白金散治疗癫疾；用醒脑羚黄汤治中风闭证；用内外并重清泄络热治暑温等等，积累了丰富的学术经验，现介绍如下：

活血化瘀通络散结：桂苓通络汤

桂苓通络汤为张机之桂枝茯苓丸加减而成。方药组成：桂枝6g，大黄（醋炒）3g，茯苓9g，白芍6g，桃仁6g，丹皮6g，土鳖虫5g，炙甘草3g。方中桂枝消散通络，大黄攻积导滞，行瘀通经，量少用醋炒取其性缓留中，得桂辛苦相合，能通能散，共为君药；桃仁破血散结通络，土鳖走窜逐瘀共为臣药；白芍养血，丹皮凉血清瘀热共为佐；茯苓渗湿健脾，甘草调和诸药共为使，共奏化瘀活血、通络消癥之功。在临床上遇证属气血瘀滞络脉不通者用之，疗效显著。病案举例：

丘××，女，19岁，广东梅县大坪镇农民。

主诉：下腹部肿块三月余。

患者于1991年5月18日因停经三个月后突然阴道流血，到梅州市×医院妇科检查，诊断为葡萄胎，行刮宫手术前后三次，出院后不久因下腹生肿块，于同年8月12日行B超检查，结果提示为：双侧卵巢黄素囊肿图象（左宫房5.7×4.4cm，左侧卵巢见多房囊肿，大小为15.9×6.8×4.2cm）建议服中药治疗，于1991年9月9日请钟老诊治。

证见胸脘满闷，时感恶心呕吐，月经闭止已七月，下腹肿物呈块状，右如拳大，左如鸭蛋大，无压痛，阴道流出污秽水样带血物，时多时少，舌淡苔白厚而腻，脉弦滑。辨证为气滞痰阻，血瘀入络。诊断：肠覃（卵巢囊肿）。治以行气破瘀，消瘕通络。用桂苓通络汤，每天一剂。

效果：至10月19日复诊共四次，服药25剂（三诊时曾有加减）。经妇科及B超检查肿块已完全消失，拟原方加阿胶4g，每二天一剂共8剂以善其后。至今随访八个月未见复发。本方曾治多例此类及术后肠粘连患者，均获满意之疗效。

搜剔通络治顽痹：天龙蠲痹丹

钟老推崇叶氏："用虫蚁有四意，谓飞者升，走者降，灵动迅速，追其沉混气血之邪"之经验，常用虫蚁药物，以治各种顽疾。凡痹证病久入络，骨节僵硬变形，疼痛剧烈，停着不移，不可屈伸或麻木，反复发作，或遇寒而痛剧，或关节冰凉，肢节呈黯黑色，舌见紫色瘀斑，此属顽痹之证，则用搜剔络脉之邪，拟天龙蠲痹丹一方，用白花蛇一条，全蝎 10g，姜虫 10g，川蜈蚣 10 条，当归 12g，田七 10g，制川乌 6g，马钱子(法制)2g。研末分为 24 包，早晚各服一包，或用胶囊装服，对于风湿性关节炎、类风湿性关节炎、坐骨神经痛、各种骨质增生证属病久入络者，疗效极佳。

豁痰通络治癫疾：白金散

金元朱丹溪提出癫疾与痰有关的论点，不少医家均遵其说。明《景岳全书・癫狂痴呆》说："癫病多由痰气，凡气有所逆，痰有所滞，皆能壅闭经络，格塞心窍"。钟老认为"总与七情内伤密切相关，导致脏腑功能失调和、阴阳失于平秘、痰热之邪侵入心胞络中，心神为蒙"。宗叶氏"阳乘于络，阴脉不安"之论，拟豁痰开窍通络的白金散方。若遇证见精神抑郁，表情淡漠，语无伦次，或喃喃自语，喜怒无常，或忿不欲生，不思饮食，舌苔白腻，脉弦滑等证的癫疾患者，钟老常选用之。其方为：白矾 9g，郁金 21g，九节菖蒲 6g，朱砂 4g，人造牛黄 1.5g，便秘脉实者加大黄 6g，久病伤元者，酌加西洋参 10g，痰多加蛇胆川贝末 3—6 支，将上药研细末，分为 21 包，强者一日三服，弱者日一或二服，小儿酌减。连服 6—8 个疗程，一般无副作用。方中白矾性味酸寒，清热豁痰燥湿通络为君；郁金辛苦寒，行气解郁清心通络为臣；川菖蒲通心络而开窍，朱砂安神为佐；人造牛黄清热化痰开窍为使。共奏清热豁痰、通络开窍之功。病案举例：

陈××，女，19 岁，1981 年 3 月 17 日因患精神病 4 个月入院治疗。

其父代诉：因看电影人多挤拥，突被狂徒拦腰紧抱，大声呼救，力争获释，奔走回家。自此之后，出现神志失常，百问不答，低头不语，有时泼药掷物，怒目而视，有 1 天竟欲吞服乐果，意图自戕，家人见状，莫可奈何。即于同年 6 月 23 送某军医院治疗。住院 24 天，病仍如故。且时有冷笑、暗泣之状，故要求出院回家，请钟老治疗。除上述见症外，患者食少纳呆，舌苔薄白而腻，脉弦滑。钟老据证诊为痰郁阻络之"癫疾"。用白金散治疗，至同年 9 月上旬共服药 7 个疗程后，诸证悉除，要求上班工作，追踪至今一如常人。此方治疗多人，均获良效。

开窍通络治中风闭证：醒脑羚黄汤

钟老在"中风病的防治浅谈"一文中指出：《金匮》云："络脉空虚，贼邪不泄"。不泄即《内经》所谓"内不得通，外不得泄"之意。邪之所凑，其气必虚，气血亏则络脉空，故内因实为本病之根。正如叶桂在医案《中风》篇中说："内风游行扰络，阳但上冒，阴不下吸，清窍为蒙，状如中厥"。临床来看，中医治疗中风的主要关键，在于辨别闭症如脱症。急速进行救治之法。

闭是里络闭阻，有痰热之分，临床如出现牙关紧闭，双手握固，鼾声大作，面赤气粗，苔黄或腻等证，便可诊为闭症。闭者宜开。首先要开窍泄热、豁痰通络。此类患者，钟老常用羚羊角 3g，至宝丹一粒，川九节 4g，生竹沥 1 匙，生姜汁 1 匙，全蝎 5g，淡竹叶 6g，灯心草 2 束共九味药物。命名为"醒脑羚黄汤"。昏迷者慢慢鼻饲，共奏开窍泄热、豁痰通之功。中风闭症患者选用之，疗效显著。病案举例：

马××，男，36 岁，平远县农械厂职工。于 1968 年 9 月 20 日因夫妻口角，更阑尽情饮酒，突然昏仆，不省人事而入院。

证见高热 39.5℃，血压 158/116mmHg，面赤，苔黄，口气薰人，鼾声大作，牙关紧闭，两手握固，口眼歪斜，右侧半身瘫痪，昏迷不省人事。钟老遂诊为中风闭症。病机为痰热闭窍，内风袭络。即投予开窍泄热、行痰通络之醒脑羚黄汤加生大黄末 15g(泡开水澄清去渣人药)而治。水煎慢慢鼻饲，共服三剂后，病者下有大便臭恶成堆。腑气一通，痰热随之而去，冲激一平，血压即降至 140/100mmHg，神志转清，但不能说话，首战告捷，其妻哗然。复诊按上方去大黄末，加桑枝 10g，水煎少少与服，每天一剂，服八剂后，血压趋于常态，能讲话，但应答蹇涩，且瘫痪已成，口角歪斜，苔白脉缓而乏力。复议予补气通络、化瘀之"补阳还五汤"以治其半身不遂，连服三十余剂以后，而能起身策杖观文革大字报。

内外并重，清泄热治暑温。

粤地夏月高温湿重，病温与湿者多。1955—1965 年间，钟老所在医院收治不少"乙型脑炎"病人。钟老认为"乙脑"似属中医的暑温、暑湿、暑风等夏令急性热病范畴。暑者热也，为六淫之一，最为暴速，发病多急骤，病势多冲逆，火盛则引动肝风，易成风火相煽，且暑喜人心，易酿成痰，蒙蔽心窍。暑旺长夏，长夏多湿，故又每多挟湿等病理机转。治疗上必须掌握着高热、昏迷、抽搐三大证，临床能及时作出相应有效的处理，可以减少死亡率和后遗症。当时治疗高热西医推行冰敷、沙床退热法，施治后，不少病例反使病情恶化。钟老提出：无论内服、外用之剂，均必须严于辨证，才能中的。冰块、沙床均属阴冷之物，用之大有湿遏热伏之弊，偏湿之人更忌之。惟有因势利导，使邪有所出路。遵循叶桂"大抵热气鸱张，必熏塞经络内窍，故昏躁皆里之欲闭，欲宣内窍，须得芳香。"之论，若邪仍在卫分，可用鲜桃叶 0.5—1 公斤，搓柔，蘸温水，遍擦病者周身皮肤，擦后抹干，卧床盖上薄被，令病者神舒安静，微微似汗，以解表卫之邪。桃叶辛凉香，具通络透卫之力。如高热、出汗、烦谵、舌红、苔黄粗，这是邪传气分，则可用鲜溪黄草 30—60g，生香附(去皮毛)3—6g，洗净共捣汁，冲入适量之蜂蜜，频频与服。溪黄草当夏正茂，清热解毒之功甚伟。伍以生香附化浊通络，二物相须，性凉而味甘，多服亦无不良反应，惟湿重者勿用。临床运用，多获奇效。

病案举例

张某某，男，12 岁，平远县石正乡人，于 1962 年 8 月 5 日入院。证见：高热 40.5℃，头痛，呕吐，昏迷不省人事，双目斜视，抽搐不已，唇干，肢厥舌红苔黄粗。西医诊断为重型"乙脑"。曾使用静脉输液、镇静退热剂及冰敷，经治五天无效，请钟老会诊，认为证属暑温逆传心包，遂先用鲜桃叶擦身，继投予溪黄草、生香附汁加适量蜂蜜，频频鼻饲。钟老认为："清络热必兼芳香，开里窍必兼凉营"。再予凉营泄热，镇痉开窍通络之剂，冀其透热转气。处方：生石膏 20g(先煎)、真犀角(磨汁)、连翘、生地、元参各 6g，川菖蒲、全蝎各 3g，生大黄 10g，至宝丹 1 粒(化服)。水煎过滤，鼻饲。投二剂后，一天下恶臭大便二次。腑气一通，病机即转，其热即降至 38℃，抽搐亦止，能张目环视，仍有烦渴出汗，舌绛，苔未净化。按原方减大黄、犀角、至宝丹，加西瓜翠衣 60g，粳米少许，共投六剂后，诸证悉除，共住院 15 天，无后遗症而出院。

钟老用内外并重清泄络热法，辨证施治，抢救了不少"乙脑"危重患者，深得同行与群众称颂，有"治温高手"之誉。

(黄森松)

杨百茀　经验方特点探析

杨百茀教授临证处方，倡将经方、时方融会贯通，揉合进家传及多年的临床经验，自拟方剂，形成相对固定的经验方。其法度严谨，有常有变，疗效显著，颇具特色，兹分述如下。

治贵权变　擅用偏法

对于一些按常法不能取效的痼疾顽症，先生常遵循治病求本和辨证论治的原则，运用偏治之法，偏治其病本所在。如五脏俱病，采取脏腑互治法，独取中焦。凡虚者，偏补中土；凡实者，当视邪之属性，病之轻重，或攻或消，随证酌用苦燥芳化、淡渗清泻诸法，偏调脾胃。

如自拟和中安神汤，药物组成：茯苓15g，法夏、陈皮、郁金、胆星、石菖蒲、枣仁、女贞子、旱莲草各10g，白蔻仁6g。功效：化痰渗湿，开窍安神。主治：老年五脏俱损，痰湿较盛而致的失眠，脑鸣，痴呆，眩晕等症。是方在二陈汤和二至丸的基础上化裁而成，方中以茯苓为君，重用健脾祛湿，理气化痰之品，清化生痰之源，湿无所聚而痰无由生。兼以滋养肝肾，平熄内风，开窍宁神，俾邪去正安、脾胃健运则中气复立，四旁得溉，五脏有禀，气血阴阳谐和矣。例宗某，女，64岁。1992年3月27日初诊。不寐一年，伴脑鸣。病因去年骨折后，疼痛不能安眠，而致长期不寐。通宵达旦目不交睫，屡服西药，中成药无效。脑中轰鸣不休，每至夜半，欲得大便2—3次不等，汗出沾衣。腰酸腿肿，脘腹胀气，不思饮食。舌暗红，苔黄腻，脉滑数。诊断为不寐，脑鸣。证属心脾两虚，痰湿内扰，兼有肝肾不足之象。治宜化痰开窍，和中安神。处方：茯苓15g，陈皮、法夏、竹茹、枳实、胆星、石菖蒲、女贞子、旱莲草、枣仁、佛手各10g、白蔻仁6g。药进拾剂，诸症大减，夜能安眠2—4小时，随症加减治疗两月余，渐获痊愈。

此乃偏治之例。病本心脾两虚，肝肾不足，又因肝邪乘脾，脾失健运，积湿生痰，痰湿内扰，而致失眠，脑鸣，脘腹胀气，不思饮食等症，病变脏腑涉及心、脾、脑、肝、肾，病邪以痰湿郁滞为患，辨证时抓住痰湿中阻，"胃不和则寐不安"的主要病机，偏祛中焦痰湿，加用竹茹、枳实、佛手理气化痰，不寐，脑鸣得以治愈。先生指出：临床正确运用偏治法的关键是要抓住隐症，明辨病因，攻其病本所在，合理安排方药，丝毫不能偏离辨证论治的原则，刻意旁搜偏门，反易为难，自取咎弊。

通补兼施　数法合用

先生认为，人体患病多为虚实夹杂之证，纯虚证和纯实证毕竟少见。因此在治疗时主张扶正祛邪，通补兼施，数法合用。通补法即指通畅气机、祛除病邪和补益气血，协调脏腑相结合的一种方法。或寓通于补，或寓补于通，既有通与补的偏重不同，又有通补并进之法，攻不伤正，伐不损气，补而不滞，滋而不腻，使药物之间发挥协调，达到扶正祛邪，通畅元真的目的。

如其自拟通脉汤，药物组成：黄芪30—120g，当归、白芍、生地各15g、红花、桃仁、川芎、丹皮、桂枝、茯苓各10g。功效：益气活血，逐瘀通脉。主治：气虚血瘀之风中经络，半身不遂，口眼歪斜，语言謇涩，肢体麻痹震颤等症。是方补气活血并用，重用生黄芪为君，补气通络，取其力专性走，周行全身推动诸药，使气旺血行，瘀祛络通，配以养血活血，通阳化瘀之品，亦补亦通，使中风诸症得以治愈。

例沈某，女，62岁。1984年6月15日夜起入厕时，突感右侧肢体沉重不遂，指趾端有麻木感，继而活动不便，难以举动，舌体转动不灵，语言蹇涩。BP179/105mmHg。诊断为中风（风中经络）。证属气虚血瘀，治则益气活血，逐瘀通络。处方：黄芪120g，当归、白芍、生地各15g、桃仁、红花、川芎、丹皮、桂枝、茯苓各10g。药服九剂，诸症若失，行动如常，BP140/90mmHg。随访至今，未见复发。

气虚不固，外邪入中，瘀滞经络所致。病属正虚邪中，故治以益气，养血，活血，通阳，逐瘀，数法合用，通补兼施，而获显效。先生认为，疑难杂病，往往病因复杂，病症多端，在组方时应注意多向调节，进行多层次，多角度，多环节治疗。采用综合治理的方法，缩短疗程，提高疗效。但须辨证准确，抓住主要病机，切忌杂乱无章，“广种博收”。

明辨病势　寓防于治

先生诊治疾病，尤其注重辨识疾病传变的趋势，把握病机，掌握治疗的主动权，寓防于治。他常说：外感热病传变迅速，若生搬硬套卫，气，营，血辨证，亦步亦趋，尾随病势之后，则难以控制病情发展，治疗往往陷于被动。因此，他主张早期治疗，提前用药，先安未受邪之地。如辨治小儿外感发热咳嗽初起，常在解表的基础上酌加板兰根，大青叶，鱼腥草，苡仁，冬瓜仁等清热解毒，化痰排脓之品。及时阻断疾病传变途径，以免酿成伤血动血或肺痈之证。在辨治内伤杂病时，他十分强调审度病势，因势制宜，防微杜渐，调动机体抗邪能力，使疾病向愈。

如其自拟养心汤，药物组成：炙甘草、丹参、麦冬各15g，阿胶、党参、茯神、枸杞、女贞子、旱莲草各10g，五味子6g。功效：滋阴安神，两调心肾。主治：心阴虚所致的心悸（心律不齐），胸闷，气短，脉结代等证。是方在加减复脉汤和生脉散的基础上化裁而成，方中重用甘润之品，滋养阴血，是虑及心阴虚日久必伤及肝肾，气阴两虚则易致血脉瘀滞，故而采用两调心肾、益气活血之法，加用茯神补脾宁神；枸杞，女贞子，旱莲草滋养肝肾，兼清虚热；丹参活血化瘀，诸药合用，补心阴，养肝肾，益心气，通心脉，使心悸得愈。例陈某，男，66岁。1991年9月24日初诊。心慌、气急、胸闷8年，屡治不愈。症渐加重，动则心慌气急，伴神疲乏力，睡眠多梦易醒，颜面发热，诊见形体消瘦，两颧发红，舌暗红，苔少，脉细促。心电图报告、心动过速，心率115次/分，心电轴偏移，频发室早。诊断为心悸（心阴虚型），证属心阴亏虚，心脉失养。治则滋阴安神，两调心肾。处方：炙甘草，白芍、麦冬、丹参各15g，生地，阿胶（另包烊片），党参、茯神、枸杞、枣仁、女贞子、旱莲草各10g，五味子6g。随证加减，共服四十剂，经年宿疾即告痊愈。1992年元月5日心电图报告属正常范围，心率85次/分左右。随访至今，未见复发。

心阴不足，心脉失养，均与肝肾有关。水不济火，则加重心悸，故治宜在养心的同时，补益肝肾。所谓养心阴者，必滋肝肾之阴，提前用药，整体调理，故疗效甚佳。

先生以为组方时应重视寓防于治，灵活运用缓治与急治，截断与扭转，顺势与逆势，分段治疗等治法，积极主动地进行治疗，可阻止病变恶化。

妙用对药　小方复合

先生组方既紧扣病机，立法严谨，又机圆法活，通权达变。其经验方中常以对药配伍，除汲取古方及前人医案外，多为家传及长期反复实践的经验。如自拟验方温肺蠲饮汤（细辛3－6g，麻黄、法夏，杏仁，桑白皮，苏子，厚朴，枳壳各10g，五味子、干姜、甘草6g，茯苓15g）用于寒饮内伏，复感风寒之喘咳。具有散寒化饮，止咳平喘之功。方中细辛配五味子，温经散寒，止咳平喘，敛肺生津；枳壳配厚朴，消胀除满，行气化痰；苏子配桑白皮，降气止咳，消痰平喘；麻黄配干姜，温肺散寒化饮；茯苓配法夏，健脾燥湿化痰。配伍精当。验之临床，常获显效，又如他治疗胸痹、胁痛，常以杏仁配郁金，

既可宣肺降气，又可活血化痰，行气开痹。治疗肝郁、胸闷，常以薄荷配郁金，疏肝理气，行气解郁。治疗痴呆、眩晕，常以胆星配石菖蒲，燥湿化痰，开窍宁神。治疗胃痛，常以黄连配干姜，寒温并用，辛开苦降，温胃泻火。所用药对基本形成固定搭配，随证酌情选用。

小方组合精当，疗效可靠。先生常将其复合使用，组成经验方。如以四君子汤合二陈汤化裁组成和胃开痞汤；四物汤合止痉散化裁组成通络定颤汤；此外，四逆散，生脉饮，二至丸，交泰丸也是常用之剂。

结合现代药理研究，先生常因病适当增入针对性强，疗效确切的药物，组成验方。如治疗胁痛、肝功不良，方中加用五味子、垂盆草降酶；治疗乙肝，方中加用猪苓、淫羊藿，提高免疫力；治疗眩晕、高血压加用杜仲、钩藤降压；治疗胆结石加用金钱草、海金砂、鸡内金排石；治疗癌肿加用白花蛇舌草、半枝莲抗肿瘤等等。充分体现了病证合参的辨证思想。

（郑晓英）

谷济生　　“慢肝宁”治疗慢性肝炎

谷济生主任医师，汇通中西医，擅长内妇科和疑难病治疗。尤对慢性肝病的研究颇有建树。现将谷老师用“慢肝宁”治疗慢性肝炎的经验总结如下。

临床资料

一、病例选择：凡符合以下4条即为本组观察病例。

1. 临床诊断符合1984年第三届（南宁）全国肝炎会议慢性活动性肝炎（慢活肝）诊断标准，目前仍有肝功能损害。

2. 中医诊断为肝肾阴虚型；(1)主症：①头晕目涩；②腰膝酸软；③舌红少津。(2)次症：①五心烦热；②少寐多梦；③胁肋隐痛，遇劳加重；④脉细数。凡具备主症①②③者，即属本证；或具备主症三项中的任何两项及次症四项中的任何两项者，即属本症；或具备主症三项中的任何一项及次症四项中的任何三项者，即属本证，或具备次证①②③④者，即属本证。

3. HBsAg 持续阳性一年以上。

4. HBeAg 或 DNA－P 或/ABV－DNA 阳性。

二、治疗方法：

1. 慢肝宁组（治疗组）：党参30g，沙参30g 生熟地各15g，川楝子10g，枸杞子15g，麦冬10g，当归10g，垂盆草30g，鸡骨草30g，丹参30g，郁金10g，首乌10g。每日服慢肝宁一剂，每剂2煎共200ml，早晚分服，每疗程3个月。

2. 对照组：复合维生素 B_1、B_2 各2片，肝荣2片，肝荣2#，每日三次，3月一疗程。

在治疗期间二组都不加用降酶和抗病毒药物。

三、观察项目及方法：

肝功能 ALT、AST 酶动力法，A/G 溴甲酚氯法；ABsAg、抗－HBs、HBeAg、抗－ABe、抗－HBc 采用酶标法；DNA－P，采用免疫沉淀法；HBV－DNA 采用生物素标记法，以上指标治前及治中每月复查一次。

四、一般资料：

治疗组100例，男性75例，女性25例，年龄，>10岁3例，>20岁25例，>30岁36例，>40岁19例，>50岁16例，>60岁1便，病程均在1年以上。对照组100例，男性76例，女性24例，年龄>10岁4例，>20岁18例，>30岁38例，>40岁17例，>50岁22例，>60岁1例，病程均在1年以上。二组性别、年龄、病程经统计学处理无显著性差异（P>0.05）。对两组治疗前 ALT、AST 升高情况、A/G 比值、ABsAg、HBcAg、DNA－P、HBV－DNA 阳性例数进行了统计学处理，也无显著性差异（P>0.05），二组均有可比性。

五、治疗结果

1. 单项指标疗效分析：

(1)ALT、AST 治疗前后变动情况（见表1）

表1　ALTAST 治疗前后变化情况

组别	ALT		P值	AST		P值
	治疗下降均值	复常例数		治疗下降均值	复常例数	
治疗组 对照组	227±351.8 88.2±408.5	62/100 19/100	<0.01	131±249.8 21.5±209.6	59/100 21/100	<0.01

据表Ⅰ可见治疗组复常率ALT、AST分别为62%、59%；对照组为19%、21%，两组比较差异显著(P<0.01)，两组治后下降均值比较也有显著性差异(P<0.01)。

(2)TTT治疗前后变化情况(见表Ⅱ)

表Ⅱ　TTT治疗前后变化情况

组　　别	治后下降均值	复常例数	P值
治疗组 对照组	3.07±5.18 0.98±6.78	63/100 34/100	<0.05

据表Ⅱ可见，两组治后下降值及复常率63%、34%比值，均差异显著(P<0.05)

(3)对血清白蛋白、球蛋白和A/G比值的影响。

治疗组100例，血清白蛋白含量治后平均增长0.27%，球蛋白下降0.39g%，经统计学处理(P<0.01)。

治疗组治疗后A/G比值例置的有15例恢复正常，而对照组无一例A/G比值恢复正常。

(4)ABgAg、HBeAg治疗前后变化情况(见表Ⅲ)

表Ⅲ　HBsAg、HBeAg治疗前后变化情况

组　　别	HBsAg		HBeAg		P值
	组别治前(+)	治后(-)	治前(+)	治后(-)	
治疗组 对照组	100 100	3 0	100 100	39 2	<0.01

据表Ⅲ可见HBeAg治疗组治后转阴率39%，与对照组比较差异显著(P<0.01)，HBsAg由于转阴例数较少，故未作统计学处理。

(5)DNA-P、HBC-PNA治疗前后变化情况(见表Ⅳ)

表Ⅳ　DNA-P、HBV-DNA治疗前后变化情况

组　　别	DNA-P		P值	ABV-DNA		P值
	治前(+)	治后(-)		治前(+)	治后(-)	
治疗组 对照组	85 90	38 4	(0.01	86 84	31 4	<0.01

据表Ⅳ可见，治疗组DNA-P、HBC-DNA治后转阴率分别为38%、31%，与对照组比较，差

异显著(P<0.01)

2.总疗效分析(见表Ⅴ)

(1)疗效判定标准

表Ⅴ　总疗效分析(例数)

组　别	临床基本治愈	显　效	有　效	无　效
治疗组	2	37	31	30
对照组	0	15	5	80

据表Ⅴ可见治疗组显效以上,有效以上分别为39%、70%,与对照组15%、20%比较,有显著性差异(P<0.01)

讨　论

谷老师认为慢性肝炎的病因为湿热疫毒深伏血分,因血藏于肝,所以慢性肝炎的病位在肝,累及脾肾,气血阴阳。病机为"正虚邪恋",临床表现虚实相兼,错综复杂。然谷老师认为肝肾阴虚型乃慢性肝炎最多见的证型,尤其是慢性乙型肝炎。究其原因有五:其一,湿热伤阴,病变过程中不仅热邪可以伤血耗精而且湿邪也可化燥伤阴;其二,脾失健运,湿热久羁,脾阳被困,脾阴受损,脾不能为胃行其津液而影响了"水精四布,五经并行"从而造成化源不足性肝肾阴虚证;其三,气滞血凝,肝病不愈,久必气滞,气滞则血凝、血凝以滞气,气血凝滞,血不能化精,则表现为肝肾阴虚;其四,肝损及肾,肝藏血,肾藏精,肝肾同源,肝病久,肝血不足,损及肾精而出现肝肾阴虚,其五,药物伤阴:过用苦寒或辛燥之品均可造成药物伤阴。

肝肾阴虚证辨证要点是头晕目涩,腰膝酸软,舌红少津,脉细数。谷教师以一贯煎化裁为"慢肝宁"方,生熟地为君,滋阴养血以补肝肾;首乌、枸杞以养肝肾之阴;沙参、麦冬以养肺胃之阴,使胃阴充肺阴足,金水相生,滋水涵木。少量川楝子加入大量甘寒养阴药中则不伤正反能疏肝气,以遂其肝木条达之性。当归活血养血,根据经验,当归可改善肝内血流量,有保护肝细胞的作用,促进肝细胞再生,抗脂肪肝等作用。丹参活血祛瘀,凉血清热,可使肝脾不同程度的回缩,变软,改善肝内微循环。郁金行气解郁,活血祛瘀,利胆清心,长期大量服用能使白蛋白增加,纠正蛋白倒置。党参补中益气、健脾、生津。能促进网状内皮系统的吞噬功能,改善机体的免疫状况。鸡骨草、垂盆草均为清热解毒之中草药,资料表明二药有较好的降酶作用。谷教师还常于原方中加入炙龟版、鳖甲滋阴软坚。诸药合用使湿热得清,肝阴得养,肝气得舒,从而得到治疗慢性肝炎的目的。

动物实验可见肝肾阴虚型动物的垂体肾上腺、性腺等内分泌脏器有明显萎缩,这可能是肝肾阴虚的病理学基础。应用慢肝宁治疗组动物垂体、肾上腺、性腺等则无显著萎缩,似可说明"慢肝宁"可能是通过改善这些内分泌器官的功能而达到治疗目的。

目前,乙型慢性肝炎尚无有效的治疗方法,"慢肝宁"临床研究表明治疗慢性活动性肝炎有较好改善肝功能作用,其降ALT、AST复常率分别62%、59%,TTT复常率为63%,能改善A/G比值,提高白蛋白,降低球蛋白,对HBV复制指标有抑制作用,说明慢肝宁治疗慢活肝有较好的作用。

(张俊富)

陈克忠

运用益气补肾法“康宝口服液”延缓衰老的研究

陈克忠教授根据“肾为先天之本，五脏六腑之根”，“肾气通于脑”的理论，经过长期临床实践，在古代《奇效良方》“枸杞丸”的基础上推拟定出益气补肾延缓衰老的有效配方“康宝口服液”。并运用该方对120例45岁以上中医辨证为肾气虚的患者进行临床和实验研究，取得满意的疗效，现将研究结果报告如下：

资料和方法

1. 临床资料：

120例45岁以上中医辨证为肾气虚的患者，男性88例，占73.3%，女性32例、占26.7%。年龄最小的45岁，最大72岁，平均年龄61.40岁。

2. 虚证诊断标准：

参照1982年11月全国虚证研究及老年病防治会议制定并经1986年5月修订的中医虚证参考标准和中央卫生部老年病协作组拟定的标准。

3. 康宝口服液方药组成：

淫羊藿、雄蚕蛾、枸杞子、熟地、黄芪、刺五加、黄精、山楂、蜂王浆等。

4. 服药方法：

每次服康宝口服液15ml、每日早晚各服一次，一个月为一疗程，连用三个疗程。

5. 观察指标：

(1)临床症状

(2)实验研究

①脑功能检测(脑诱发电位检测)

②血液流变学检测

③免疫学检测

④性激素检测

⑤脱发、白发患者头发观察(扫描电镜观察)

结果

1. 症状疗效：

120例45岁以上肾气虚患者，经服用康宝口服液三个疗程后，肾气虚症状明显改善，神疲乏力，腰膝酸软，头晕耳鸣，心悸心烦，失眠多梦等总有效率均在90%以上。性功能减退症疗效达76%。治疗前后比较有显著差异($P<0.01$)。

2. 脑功能检测结果：

(1)120例肾气虚患者中符合脑功能减退症诊断者共98例，经服康宝口服液三个疗程后，临床症状均有显著改善，神疲乏力，失眠多梦，头晕耳鸣，注意力不集中，记忆力减退等总有效率均在85%以上，治疗前后比较有显著差异($P<0.01$)。

(2)98例脑功能减退症患者治疗前后脑功能客观指标检查及脑功能生物学年龄比较见表1。

表1　脑功能客观指标及生物学年龄治疗前后比较(X±S)

n=98	图形记忆(记分)	听　力(公分)	视　力(分)	手　颤(记分)	握　力(公斤)	脑功能(年龄)	生物学(岁)
治疗前	15.58±6.24	8.24±2.26	4.69±1.14	6.82±2.26	28.25±10.24	66.44±10.54	
治疗后	26.62±5.44	14.36±2.46	5.24±1.49	8.41±1.84	35.64±9.68	51.32±9.62	
P	<0.01	<0.01	<0.05	<0.01	<0.01	<0.01	

(3)脑诱发电位检测:

98例脑功能减退症患者中30例于治疗前后做了脑诱发电位检测,采用丹麦产Neuromat-2000C型脑诱发电位仪,检测了视诱发电位(VEP),躯体诱发电位(SEP),结果提示康宝口服液能改善大脑皮层内视觉通路部分的机能状态。

3.血液流变学检测:

120例肾气虚患者中,38例具有血液粘滞性增高的男性患者于治疗前后进行血液流变学检测比较,结果92.1%的患者服康宝口服液三个疗程后,血液流变学各项指标有明显改善;全血粘度低切变由治疗前平均22.53±6.30,治疗后降至16.93±2.06;高切变由治疗前平均6.94±0.84,治疗后降至5.33±0.67。血浆比粘度由治疗前平均1.851±0.82,治疗后降至1.610±0.72。胆固醇由治疗前平均7.62±0.78mmol/L,治疗后降至5.48±1.05mmol/L,甘油三酯由治疗前平均2.54±0.93mmol/L,治疗后降至1.49±0.67mmol/L。各项指标治疗前后比较差异显著(P<0.01)。

4.免疫学检测:

120例肾气虚患者中有30例免疫功能低下者,平时易患感冒,平均每月一二次,经服用康宝口服液三个疗程后,有26例患者感冒次数明显减少,总有效率达86.7%。30例患者于治疗前后进行免疫学检测(IgG、IgA、IgM、淋巴细胞转换率),结果:IgG、IgA前后无显著差异,IgM由治疗前平均324.93±143.10mg/L;治疗后升高达584.62±155.69mg/L。淋巴细胞转换率由治疗前35.62±13.04%,治疗后升高达58.33±10.45%、二项治疗前后比较差异显著(P<0.01)。

5.性激素检测:

120例肾气虚患者中有25例男性性功能减退症患者,经服康宝口服液三个疗程的,有19例性功能明显改善,总有效率达76%,25例患者治疗前后性激素水平检测,结果睾酮水平显著升高,由治疗前平均448.16±185.96ng/dL,治疗后升高达585.45±243.77ng/dL,前后比较差异显著(P<0.01)。雌二醇前后变化不显,促卵泡激素和黄体生成素治疗后较治疗前有所下降。提示本方有调节垂体与性腺轴的作用。

6.脱发、白发患者治疗前后头发变化观察

(1)120例肾气虚患者中有23例明显脱发、白发、白须者,经服用康宝口服液三个疗程后,有12例须发有不同程度的新生和变黑,总有效率为52.2%。

(2)扫描电镜后头发的观察:

12例治疗后须发新生和变黑的病例中,有4例对其头发进行了治疗前后扫描电镜对比观察,

结果见表 2。

表 2　4 例脱发患者治疗前后头发扫描电镜对比观察

观察部位：发干部、毛小皮	治　疗　前	治　疗　后
层　　次	头发近根部及中间部 毛小皮密度均小于正常	头发毛小皮密度明显增大 尤近根部更甚
排　　列	毛小皮列紊乱	近根部毛小皮排列整齐 中间部亦较整齐
形　　态	毛小皮破损剥脱穿孔、鼓泡等。	根部及中间部毛小皮 完整、游离缘破损少。

讨　论

中医认为"肾为先天之本"，"肾者，精神之舍、性命之根"。肾在人的生长、发育、衰老过程中起着主导作用。《素问·上古天真论》入："丈夫八岁，肾气实、发长齿更……"。从八岁开始肾气日渐充实，生长发育进入旺盛期，到四十岁以后肾气渐衰，即所谓"……五八肾气衰，发堕齿槁，六八阳气衰于上，面焦鬓须白，七八肝气衰，筋不能动，天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极……"。说明衰老与肾虚密切相关，故若能卫护肾气，则能使人"尽其天年，度百岁乃去"。

陈克忠教授认为：肾所藏之气为生命之元气，它决定着人的寿命长短。因元气根源于肾，为十二经脉、脏腑之本，故肾气强者，其人多长寿，肾气虚者，其人多命短。老年虚衰多由于肾精亏乏，元气耗散，日趋衰老，故益气补肾是延缓衰老的根本大法。

"康宝口服液"组方意在益气补肾。肾藏元阴元阳，方中淫羊藿、雄蚕蛾补肾壮阳。枸杞、熟地滋阴补肾。黄芪、刺五加益气健脾。以收阴阳互根，相互为用之功。施治不忘顾护胃气，故加山楂消食健胃，使其补而不腻。全方共奏益气补肾、健脾和胃之功效。

"康宝口服液"经动物实验证明具有镇静及调节脑神经的功能，明显提高睾酮含量，增强机体细胞及体液的免疫力，有抗疲劳、耐缺氧等作用。

延缓衰老的根本目的是延缓脑功能的衰退，神经细胞的衰老对人体各方面功能影响颇大，在人体衰老过程中是起主导作用的。研究改善脑功能的药物在老年医学中具有重要意义。我们运用"康宝口服液"治疗 120 例肾虚患者，由表 1 可见主要体现在改善脑功能的感觉、知觉、学习、记忆、思维、运动和植物机能等。30 例脑诱发电位检测结果提示康宝口服液能改善大脑皮层内视觉通路部分的机能状态。已有研究证明：脑—垂体轴与人的学习、记忆、思维等脑功能和人的适应能力、免疫力、抵抗力，性机能均有密切关系。我们临床和实验结果："康宝口服液"能延缓衰老，有效地改善脑功能，增强免疫力，调节性功能，改善血液流变学多项指标及毛发的超微结构等，其机理是通过调节"脑--垂体轴"而收到治疗效果的。

（郭福新）

王与贤　　辨证治则和遗方用药拾粹

治本法

周某：女性，24 岁，1989 年 8 月新产之后随患感冒，血崩不止，高热不退，西医诊为“肠伤寒”。迭经抢救无效，病势颇危，邀王老会诊，症见血崩不止，呕逆腹胀，溲涩，午后热重，兼有恶寒、汗出，热势不退。王老详析其症。曰：此病系太阳表症与湿温合病，虽在新产之后、有气血两虚、血崩不止之虑，但此时若不去其表邪，清化湿热，决不能图功，故以桂枝汤合三仁汤，服后汗止热退，恶寒消失，血崩也随之而愈。

此例患者，乃新产之后，感受外邪，当时诸医皆以止血为急，殊不知血崩为标，外邪为本，争于止血，外邪不解，病势更重，此时王老治其外而内自调，祛其邪而正自复，未治血而血自止。遵《内经》“伏其所主、先其所因”及标本缓急之理论，取仲景表里先后之治则故疗效卓越。

治标法

曹某，男性，6 岁，1989 年 4 月 3 日夜诊，患肺炎咳喘，经抗生素、麻杏石甘汤之类连用六日不效，体温经常在 39℃左右。经治时，见鼻翼煽动，肌肤灼热，舌赤少津，小便涩赤。询问其大便，虽十日未解，但无便意，亦无腹痛之象，王老沉思良久，曰：温病方宣白承气汤颇为对症。但因深夜，购药不便，症情危重，适值患者家中有川大黄一包，遂将大黄煎服 10g，2 小时后，便尚未通，喘似缓解，翌晨因其有效，未用他药又单服大黄 15g，大便始通利少许，灼热喘咳逐次递减，第三日又用大黄 15g，大便通利，喘咳发热完全停止而愈。

此例单服大黄治愈中西药品难治的喘咳，推其原理，肺与大肠相表里，经络互通，上下相应，互为影响，肺气肃降，则大肠腑气通调出入有常；大肠秘滞，则肺气受阻，肃降滞塞，故上逆作喘，肺为脏为本，大肠为腑为标，本例为脏病治腑，本病治标之法。

大剂量

崔某，女性，34 岁，教师，1989 年初就诊，十余年来，右腹部痉挛剧痛，常觉腹中冷气侵袭，腹胀难忍，胃脘寒凉，头晕头痛，口渴不欲饮，经常手足发热，夏天身热骨蒸尤甚，六脉沉细苔白。曾屡服温热之药，皆如石沉大海。审之系寒邪痼疾，潜伏盘踞，非大剂量，大辛大热之剂，不能破阴霾，消沉寒，开痼疾。以附子理中合真武汤，将附子干姜每味用到一百五十克，三日一剂，连服一年，未觉上火，而往日每至夏季之骨蒸潮热，反未发现，腹痛渐止，食欲亦增，渐以痊愈。

此例患者乃阴寒内盛虚阳外扰，非大剂量温阳之剂连服，实难取效。用药剂量之轻重，应随患者体质强弱，病势轻重缓急，接受能力等而决定，需灵活变通始能有效，不能墨守成法。

小剂量

常某，女性，24 岁，1983 年 4 月。

患者虚劳瘦弱，动则汗出，经事屡至，淋漓不净二年余。观以前所服之方，虽为对症，然其量大，体力不胜。遂仿东垣用药之法，以补中益气汤全方，共七钱五分（合 24g）每日服一剂，连服五剂，精神转佳，崩漏停止，饮食增加。如此连续治疗二月，经来准期，身体康复。

此例药量虽小，其效可佳，此则因人因症守法守方，小制其剂，达到预期之疗效。前者急于求成，重用其量，脾胃负担更重，药物难以吸收，反致欲速而不达，屡治不效，其病更重。

导滞渐消

李某，女性，45 岁，1981 年夏季。

自诉在十岁时，患重病后，常感臀部有重物压迫，如负百斤之重，大便时艰涩重胀，多年来在京津等地，治疗服药、不计其数，脉沉弦而滑，细察脉证，诊为久蕴湿热之毒，滞湿于大肠经络，无所宣泄，潜处深久，非可猝治，需搜剔缓图方可收功，以枳实导滞丸，每次服五克，日服二次，连服一月后，数十年臀重胀滞，从此而愈，服药期间，亦未发现泄泻腹痛诸不适症。

本病湿热胶着日久，需渐消渐涤，设使急于求成，顿服猛攻，病既无效，且能伤正。

参附频进

陈某，女性，32 岁，1983 年冬

患者产后 20 余日突然发热身冷，大汗淋漓，气喘难续，心悸怔忡，脉虚弦结代，病势危急，细询病前，患五更泄已四年多，多治未愈。审系阴寒留于内，阳气脱于外，不急于回阳救逆，则阳气立脱矣。处方：附子 15 克、干姜 15 克、人参 10 克、白术 15 克、茯苓 15 克、炙草 6 克。服药后，症情略有减轻，但过二小时后，诸症又发作如旧，分析病情药物，服后缓解，乃药病相投，所以反复者非有他故，乃元阳虚极，药力未继也。根据体质，药量不能再增，决定每隔二小时左右，服药一剂，日服六帖，三诊时病情稍能稳定，唯夜半后症状仍有发现。因此除日服六剂外，又将附子、干姜、人参各 30 克为末在夜间二次服下。四诊昼夜共进八帖，能日夜安静。一日发热汗出气喘，心悸又突然发现。考虑再三，是否病有他变或药物过量？及细询经过，始发现患者夜间忘服末药，因此又将上药如前服用。待病情稳定，逐渐减次，最后改为日服一剂，连服月余，终将转危为安。

此例参附救脱，连服频进，犹如接力赛跑，中途稍停，其功立殆矣。

利湿除寒

张某，男性，30 岁，建筑工人，1988 年 4 月。

患者二年多来胃脘胀满，消化迟滞，不能稍受寒凉，腹内有水鸣音，全身倦怠无力，口燥咽干，最难忍受的是两足经常寒冷，夏天不能离开棉衣，多方治疗无效，稍吃热药，即头晕牙疼，服泻火或滋阴之药，则胃脘疼痛足冷更甚。诊脉沉缓，舌淡苔薄。处以五苓散三剂后，胃胀减轻，足部还温，头晕，牙疼顿觉好转，连服十余剂痊愈。

此例湿为病之本，寒为病之标，寒潜湿中，湿去则寒失所踞，利水渗湿后，络道不阻，阳气宣通，五苓散利湿则可以除寒，诚所谓"通阳不在温，而在利小便"是也。

利湿退热

赵某，男，40 岁，农民，1981 年 6 月

患者自诉已十余年，每到夏季，身热、头晕，倦怠瘦累，行动艰难，四肢重着，口干咽燥，多方治疗未效。经常自服泻火清热之药。如银花、连翘、冬地、菊花、甘草之类，并饮冷吃凉助泻火热。虽然治

疗，头晕身热日渐增加。诊脉沉缓，舌燥无苔，脘腹胀满，不欲饮食。据脉察证，脘腹胀满，是湿滞于内，身热头晕，乃湿热熏外，舌燥咽干，是脾为湿困，津不上承也。方以五苓散：泽泻20克、茯苓30克、白术15克、猪苓15克、桂枝15克、厚朴10克、腹皮10克。二剂后，多年之身热头晕大为减轻，又继服五剂痊愈。

此病湿为病之本，热为病之标，热蕴湿中，湿去则热孤，五苓散利湿可除热也。

止　汗

刘某，男性，26岁，养蜂工人，1989年6月10日就诊。发病10日，初在包头车站照看蜂箱，露宿二夜，发现左半身瘫痪，左侧面部抽搐，活动受限，在包头经中西医，服药，针刺治疗七、八日不效，血压160/107kPa，经友人介绍求诊。细询病起突然，筋脉拘急，肢体酸疼，语言蹇涩，左半身汗出不止，审系外中风邪，以小续命汤连服二剂后，汗出减少，半身瘫痪好转，又服二剂，汗止瘫痪痊愈，邪去则正复，故汗出反能得止也。

发　汗

彭某，男性，42岁，中兽医，1987年3月4日就诊。

发病二月，右半身不遂无汗，兼麻木疼痛，全身筋脉拘急，胸满太息，口苦胁痛，血压173/107kPa，脉沉，舌淡苔白。分析胸满胁痛，大息为肝郁气滞。半身不遂，乃外中风邪，以柴胡疏肝散合小续命汤，服后胸满胁痛及半身麻木好转，又单服小续命汤二剂后，半身不遂又见减轻，周身出现冷感。知风邪由里达表，又服二剂后，全身微有发热，微似有汗，又服二剂，汗始畅达，寒热始止，半身麻木不遂痊愈。

此例用小续命汤而体表始出现恶寒，继而发热，进而微似有汗，以至汗出通身，病机方药均与前例相同，一为半身汗出不止，一为半身无汗，均以小续命汤原方驱邪外出，一以汗敛；一以汗出，达到邪去正复，身体调和可称双向调节，殊途同归。

失眠治肾

刘某，男性，40岁，汽车司机，1984年4月8日就诊。

自诉常年开车，饮食休息向无规律。时间既久，遂患失眠心悸，调治三年，未能有效。初诊六脉稍弱，舌淡红，稍干，饮食亦好，消化正常，只是心烦难寐，虽在睡眠之时，头脑十分清醒。中西药品，服之殆遍，置存甚多，具云无一有效。谛思再三，失眠多关心肾，治心既不效，试以治肾，给以六味地黄汤三帖及丸药三合。一年后云：服六味地黄后，失眠甚效，至今能安睡，未复发。

岁土太过

王某，女性，19岁，1984年农历十二月。

自诉发病五月，上嘴唇肿厚寸余，下唇正常。经中西医治疗，认为奇疾难疗。按诊时脉象缓大、舌淡苔薄，上唇肿厚，按之柔软，不红肿，不疼痛，既无恶寒，亦不发热。以前每次服药后，即胃痛胃胀，不能饮食。忽忆及夏秋季，雨水过多，患者是农民，常在湿地劳动，又有受水湿之因，从脉证观察，亦为水湿所患，处方以五苓散合五皮饮连服余剂，上唇肿胀渐消，胃纳转佳，又服十剂痊愈。年值甲子"岁土太过，雨湿流行"，故湿病多见。

（王国田）

杜建民　　慢性肾病的舌边横纹观察

随着舌诊研究的逐步深入，舌诊已部分摆脱纯察舌辨症的传统研究范围，而趋向对个别病种的舌诊研究进行规律性探索，两者相辅相成，使舌诊内容日渐丰富。

笔者1988至1990年在导师杜建民指导下，进行肾病舌诊观察工作中发现"舌边横纹"与肾功能有极为密切的关系，因此又对117例肾病患者的舌象作了连续动态的观察记录。现就舌边横纹与肾功能的关系作一小结和分析。

1."舌边横纹"的概念：

"舌边横纹"为笔者自撰之名称，专指目测能见到的位于舌体两侧边缘，舌面与舌下交界转复处的细小平行横向排列之条纹。因舌面有丝状乳突分布，舌下有众多较大血管干扰，故舌面与舌下均无横纹可见。舌边的上下交接处由于其组织结构无其它因素干扰，故其色泽与舌质本色一致，组织结构的观感真实，可窥见舌粘膜层及固有层，正常时清晰可见，在舌边中段最易观察。舌体组织异常改变时舌边横纹模糊或消失。肉眼观察舌边为光平感。

近期阅李乃民等所编著《望舌诊病》一书中，作者新推出"条纹线"一名，包含舌面及舌下的细小脉络，但其内容多指舌下紫、黑、兰色"瘀血丝"。笔者认为，我们所观察到的"舌边横纹"可列入"条纹线"一类舌象中，但"舌边横纹"所指是舌质的本色结构，与"瘀血丝"有别，为区别之，我们仍以"舌边横纹"称之为妥，可属条纹线中的一类，以为其舌诊内容之补充。

2.正常舌边横纹

正常的舌边横纹排列平行，清晰可见。横纹与横纹之间均有低谷。横纹色泽稍偏淡红，谷底色泽稍偏红。一般横纹与谷底的落差的为0.2－0.5mm；每二条横纹间距约0.5－1.5mm；在舌边中段能见的横纹长度约8－15mm。有的人横纹较粗，峰谷落差较大，浮而易见；而有的人则横纹较细，峰谷落差较小，因而须仔细辨认。其上下限值的差异属于个体差异，与病情无关，最好能结合个体平素的横纹状态进行观察。

3.异常舌边横纹

若见舌边横纹红淡相间的色差消失，峰后落差消失，横纹模糊不清，分辨不清，变为光平即为异常现象。

4.观察对象与方法

全部病例均为慢性肾病住院患者，住院期间每周至少观察二次，并同时记录中医四诊资料及临床生化检查结果，务求客观、准确。遇有疑点反复核实，尽量排除主观误差。全部病例依照现行标准进行诊断分型，肾功能分级的客观指标以Scr为代表分为三级：正常＜177umol/l，氮质血症177－442umol/l，尿毒症＞442umol/l。

117 例肾病患者病情简表

诊断		肾病综合征		慢性肾炎			间质性肾炎	继发性肾病	合　计
		Ⅰ型	Ⅱ型	普通型	急性发作型	隐匿型			
3		32	37	7	3	18	17	117	
肾功能	尿毒症			11	1		15	4	21
	氮质血症		2	6			3	1	12
	正常	3	30	20	6	3	10	12	84

5. 观察结果

117 例肾病患者舌边横纹状态分布表

肾功能分级		肾功正常/代偿	氮质血症	尿毒症	合　计
舌边横纹状态	正常	85	8	4	97
	异常	1	2	17	20
合　计		86	10	21	117

6. 分析与讨论

从本组观察病例的统计表中可以看出，在肾功能正常的 86 例病例中，舌边横纹的连续观察结果有 85 例正常，符合率高达 98.8%，如作为诊断时参考，舌边横纹观察的价值是显而易见的。其中一例舌边横纹异常而肾功正常的患者，尚不能排除由于舌边横纹极细的个体差异造成了假阳性。因为<0.1mm 的线条，肉眼是不易分辨的。此外，舌边横纹正常状态对于某些由于高度水肿造成的一过性血肌酐升高的鉴别有所帮助，此时虽血肌酐短期内上升，舌边横纹仍为正常，可以无虑。

在 21 例尿毒症患者中，舌边横纹异常者 17 例，符合率 80.9%，也具有相当价值的诊断参考意义。笔者临床观察中体会，虽具有尿毒症指标而舌边横纹结构正常者或许会有争取肾功能稳定甚至好转的希望。应尽力设法保护和挽救肾内尚有希望恢复功能的肾单位。另一方面，有 2 例舌边横纹异常的尿毒症患者经药物治疗后获得了临床显著好转出院，在病情好转的过程中舌边横纹的状态亦渐转为正常，二者的转变成正相关，这对观察病情发展趋势有一定帮助。本组病例舌边横纹异常者 20 例，其中 8 例在住院中死亡，无效出院 7 例，好转出院 5 例，说明舌边横纹异常者的预后是极差的。

在 10 例氮质血症患者中，8 例舌边横纹正常，2 例异常。该数字虽无百分率意义，但约略可以说明舌边横纹的异常变化在氮质血症阶段还不明显，在肾功不全的失代偿期，尚未能因各种原因造成舌边横纹的显著异常，这与氮质血症实为尿毒症前的一个进展转化阶段是一致的。

关于导致舌边横纹异常的原因，由于我们仅限于直觉观察，未作组织、病理方面的研究，以往文献及近代舌象研究及正常人舌象普查报告中亦无这方面记载，所以对其理论方面尚未能进行探讨。但祖国医学名言："有诸内必形诸外"。高度概括了人体的整体性、统一性。其中蕴含了丰富的内外器官、内外环境之间联系的奥秘。舌体组织娇嫩，血流丰富，可敏感地随生理环境的改变而导致组织结构、生理状态的异常。舌体无皮肤遮盖，可称是特殊的暴露在外的组织器官，因而能被我们观察，

在一定程度上反映了肾脏组织的异常变化。内经说“舌为心之苗”。实际上舌亦为“肾之苗”，亦为“诸内脏之苗”。以此而言，舌诊较脉诊更为重要。

7. 小结

从117例慢性肾病的舌边横纹观察及讨论中可以得出较明确的结果，舌边横纹结构的正常与否对判断慢性肾病的肾功能状态以及疗效、转归、预后估计都具有相当实用可观的临床参考价值。舌边横纹正常者则多已进入尿毒症阶段。其观察方法简便易行，容易掌握，不需仪器设备，特别适合于初检目测判断或动态观察病情变化，参考价值较大。

该法提出了一种新的舌诊要点，但还需更多更广泛地应用和验证，并需进一步深入观察和进行组织学、病理学的研究。但它无论是对传统舌诊还是对现代舌诊研究都有可能会是一点补充。

（杜家和）

李昌源　　异治案例选

李昌源教授从医五十余年，学验俱丰。临证强调辨证必须求因，审因方可论治。他认为：证候是疾病的外在表现，而病因病机才是决定证候性质及其发展变化的内在依据。因此，必须从临床实践出发，从归纳分析客观证候入手，同中求异，异中求同，不囿于一定之规，圆机活法，据证而辨，以应无穷之变。现撷取李老异治案例数则，以窥其全貌。

化瘀清热愈复发性口疮

先生认为复发性口疮不只是局部病变，而是全身疾病的局部表现。因此，特别注重对局部病变的观察，通过病损部位红斑充血、水肿增厚、糜烂渗出、溃疡坏死等不同改变，结合患者全身症状施治。由于复发性口疮有延久不愈，或此伏彼起，反复发作的特点，故辨其局部病变，审因施治尤有必要。局部病变的观察一般指口疮斑块的色泽，有无水泡或红肿，疮痂的颜色，是否起鳞屑和创面的深浅等进行辨证。但总的病因不出瘀热二字，故以祛瘀清热为治疗复发性口疮的基本治则，用血腑逐瘀汤、葛根芩连汤合方为其代表方剂，随证加减。

如治郑×，女，20岁，患复发性口疮，每用滋阴降火等法仅有小效，不逾数周即发。教师观察其病损局部，见疮周斑块色红带紫，压之不退色，疮痂色黑，深陷如坑。便干溲黄，苔黄质红边有瘀滞，脉数，断为瘀热所致，即以化瘀清热立法，药用：

川芎20g，生地20g，桃仁0g，红花10g，枳壳10g，牛膝20g，柴胡15g，赤芍10g，桔梗20g，葛根20g，黄连6g，黄芩10g，坤草10g。

患者服上方三剂痊愈，至今已20余年未复发。

[按]口疮的病机，一般多认为是心脾积热，或肺胃邪热，阴虚火旺，阳虚浮火所致，面施治滋阴降火，清热泻火等法，临床虽有疗效，但对于复发性口疮患者，其远期疗效往往不够理想。李老治疗本病独辟蹊径，从瘀热立论，主以血腑逐瘀汤与葛根芩连汤合方加减治之。血腑逐瘀汤本为治胸中血瘀血行不畅所致的胸痛而设，而葛根芩连汤功能解表清里，两方合用，取其一祛瘀，一清热，其构思甚巧。加入益母草去瘀生新，又可消口疮水肿。跟师中所见数例本病患者均用此方治愈。

甘酸化阴治慢性肾衰

肾功能衰竭是由多种原因导致氮质潴留而产生的全身性综合症候群。急性肾功能衰竭与中医的“癃闭”相似，慢性肾功能衰竭则与“关格”类同。关于关格的病因病机，《内经》认为“阴阳俱盛，不得相营”，《伤寒论》认为“邪气隔拒三焦”，《诸病源候论》称为“三焦约”，《景岳全书》认为“肾虚”。李老师则认为脾肾阴阳衰竭是本，浊阴内聚是标，在病理上表现为正虚邪实。因此，在治疗上重在调燮阴阳。

如治盛××，男，53岁，干部，92年4月6日初诊。

慢性肾炎史6年，1月前因尿少，眩晕贫血，呕吐、心衰被诊为“慢性肾功能衰竭”而入院治疗。经作“血透”等治疗后病情有所缓解。现症：尿少（日尿量600ml左右），面色苍白，神疲乏力，眩晕，

双下肢浮肿,心悸气短,厌食口臭,便干溲黄,恶心欲吐,舌质红,苔黄腻,脉沉细。BP184/118mmHg,Hb6.6g,BUN46.9mmol/L,Cr1143.7umol/L,CO_2CP16mmol/L,K^+4.3mmol/L,Na^+139mmol/L,Cl^-109mmol/L,Ca^{++}2.04mmol/L。

诊为关格,属阴阳失和,拟甘酸化阴,辛温通阳,药用:

山栀10g,麦冬20g,沙参20g,当归15g克,玉竹20g,熟附片(先煎)10g,乌梅10g,白芍20g,五味子10g,酸枣仁20g,甘草10g,生姜3片。

加以黄芪40g,大黄20g,煎水200ml,早晚各一次,每次100ml行保留灌肠。

4月16日二诊:经服上方10剂并结合"血透"、灌肠后,心悸气短感明显减轻,纳食增加,无恶心感,大便通畅,下肢浮肿亦减,尿量增加(900－1100ml/日),守方继服15剂,灌肠减至每日一次。

5月11日三诊:由于患者心衰已控制,眩晕明显减轻,下肢不肿,尿量增至每日1600ml以上,故于一周前已停止"血透"。查:BP150/94mmHg,Hb8.5g,内生肌酐清除率98.4升/24小时,BUN15mmol/L,Cr 613.4umol/L,CO_2CP18mmol/L,K^+、Na^+、Cl^-、Ca^{++}均在正常范围内。停用灌肠,二诊方法去竹茹、乌梅、枣仁加肉桂6g,山萸肉10g,车前子15g,淮牛膝15g,再服10剂。

[按]本病的治疗较为棘手,目前采用的"腹透"特别是"血透"给治疗本病带来了福音,尤其是中西结合使治疗效果方面较令人满意。李老师抓住本病阴阳失和的实质,采用甘酸化阴为主,辛温通阳为辅的治则,配合灌肠通腑降浊以扶正祛邪,与一般治疗本病健脾温中,温肾利水导浊等法迥然有别。

益阴化瘀疗糖尿病

张××,女,65岁,91年10月17日初诊。

糖尿病史30年,证见:烦渴引饮(4000－5000ml/日),小便频数量多,饮一溲一,尿色混黄,耳鸣头昏,腰膝酸软,视物昏蒙,皮肤干燥搔痒,消谷善饥,舌红质淡紫,脉沉细数。查:空腹血糖250mg%,尿糖(+++)。

诊为消渴,属肝肾阴虚兼血瘀为患,拟滋养肝肾,活血化瘀。方选生地黄饮子、桃红四物汤合方加减:

二地各20g,二冬各20g,石斛20g,花粉40g,生山楂30g,西洋参5g,生石膏15g,知母15g,丹参15g,郁金20g,桃仁10g,红花10g,川芎10g,赤芍10g,甘草10g。15剂。

11月4日二诊:药后口渴症状及善饥现象均有改善,饮水量及尿量均减至3000ml/日以下,因药价较贵,将西洋参改为太子参15g,去石膏、知母、川芎,加黄芪15g,茅根20g,旱莲草20g,蛇床子15g,继进15剂。

11月28日三诊:三多证基本消失,饮水量及尿量已接近正常,查:血糖110mg%,尿糖(+)。

[按]导师认为本病初期多为气分有热,中期以气虚为主,后期气阴两虚,多挟瘀血阻滞,本例病属后期,故以生地黄饮子滋养肝肾,人参白虎汤降糖蠲饮,桃红四物汤活血化瘀。从本病的生化检查看,除血糖增高外,常伴有血脂浓度增高,有时血糖呈乳浊液改变为高脂血症,血液粘稠度高。这些病理改变使血流缓慢,与祖国医学"血不活,有瘀滞"的瘀血病机相似,为中医采用活血化瘀法治疗本病提供了科学依据,实验证明:红花、郁金、山楂有明显的降脂作用,人参、石膏、知母同用降糖作用明显,益气药黄芪和补阴药地黄、二冬、石斛、花粉等均有降糖作用。对本例的治疗提示:在养阴基础上加用活血化瘀药可提高疗效,是否说明这两类药有互补作用?当然,活血化瘀法不能作为治疗糖尿病的通治法,仅能作为该病后期气阴两虚挟血阻滞的治疗方法之一。

温阳活血痊慢性荨麻疹

谢××，男，38岁，工人，92年2月17日初诊。

患者身起红疹逾年，近数月发作更频，时发时消，初起如粟，扪之碍手，继则搔痒不止，搔抓后成片状，以四肢内侧及腹部多见，纳眠尚可，二便如常，舌质紫暗，苔薄白，脉弦缓，曾迭进中西药物均未获效。前医诊为风热，投以清热凉血祛风之品，结果适得其反，红疹反有增多蔓延之势。李老细审之下得知，其病尚有恶风寒及冬春发作较频等象。此为肺卫不固，风寒之邪客于肌表，血凝留滞所致。诊为风疹，治当温阳活血，调和营卫。方选麻黄附子细辛汤加味：

麻黄10g，附片(先煎)9g，细辛6g，防风10g，蚕砂30g，川椒15g，蝉蜕5g，姜黄10g，苏木15g，王不留行10g，川芎10g，土鳖10g，生姜3片。

2月24日二诊：上方连服6剂后，风疹明显减退，痒感亦减轻。上方去川椒，蝉蜕，加黄芪15g，小茴6g，苡仁20g，再服6剂，以竟全功。

[按]风疹之属血热者，十居六、七，疹色红，奇痒者，每以《内经》"诸痛痒疮，皆属于心"为其病因，临床多用栀子、黄连、生地、赤芍、丹皮之类以清心火、凉血热。本例以风寒束表，寒凝血瘀立论。选麻黄附子细辛汤加川椒、生姜等辛热之品通阳解表，祛风散寒；防风、蚕砂、蝉退疏风止痒；宗"血行风自灭"之旨，用川芎、姜黄、苏木、留行子、土鳖等大队性走而不守的活血药行血祛风。二诊时伍入黄芪以增强固表之力，小茴香以振膀胱气化之功，配苡仁使寒湿之邪自溲而去。全方配伍严谨，使风止寒逐，血行通畅，故收捷效。

(徐学义)

陈苏生　　病多参郁，调气为要

中医辨证特别注意疾病共性与个性的结合，个性的表现可以因人、因时、因地而异，共性则往往是某一个病种，或某一类疾病，甚至大多数疾病都具有的共同表现。抓住共性，对认识疾病本质和确定治疗原则有极大的意义。

陈苏生老师在60余年临床中苦苦探索，认为郁病也属多种疾病的共性，提出"凡病多参郁，治郁当以调气为要"的学术思想，经常以此来指导临床实践，取得良好疗效。

病多参郁的理论依据

陈老师认为，人体的脏腑气血津液，无一不在升降出入运动之中，故内在环境，当以气血和谐为根本，若气血和畅则百病不生，如有拂郁，则诸病蜂起，故朱丹溪说："人身诸病，多生于郁"。

气血津液是流通于人体脏腑经络中的物质基础。处于循环无端的流通之中，如果发生郁滞，即可出现气滞、湿阻、痰凝、血瘀等病理现象。"六腑以通为用"也是前贤早有定论，不难理解。唯有对《内经》"五脏藏而不泻"人们常易误解，认为既然是要藏，就不存在通。实质上这个藏是相对"泻"而言的。"泻"是治疗不当引起的损伤，与"通是两个概念。《素问·五脏别论》"五脏藏精气而不泻"是指五脏藏精气宜充盈，不宜损伤。因此，不能把"泻"与"通"等同起来。实际上《内经》对此也有明确论述，《素问·调经论》说："五脏之道，皆出于经隧，以行于血气，血气不和，百病乃变化而生"。《素问·热论》："荣卫不行、五脏不通则死矣"。这里的"死"字表示了疾病的严重性。说明五脏之要，也在于通。五脏的精气不仅需要充盈，还要通畅无滞。

那末，人体五脏六腑气血津液的和畅，是怎样表现的呢？陈老师认为主要体现在气机升降出入的正常运行。《素问·六微旨大论》说："出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。故非出入则无以生长壮老已；非升降则无以生长化收藏。是以升降出入，无器不有。"把万物的生长壮老已，都归结为升降出入运动的结果。居于气交中的人，也毫无例外地与天地相应，以升降出人的运动形式出现。因此，人体的脏腑气血津液就是以这种运动形式反应各自生理功能的，如肺的宣发和肃降，脾胃的升清与降浊，心肾的阴阳既济，肝胆的疏泄与升降等，影响着全身气机的活动。精气由下焦向上，通过肝脾的升运，由心肺宣发全身，体现了向上向外的特征；肺气的肃降；胆胃的和降，心气的下交，肾气的摄纳，又反映了向下向内的趋向。为此古人把气机通畅看成是人体保持健康的必要保证。因此朱丹溪提出"气血冲和，万病不生"，"一有拂郁，诸病生焉"。如外感病可表现为出入受阻，内伤病可表现为升降失常等等。戴原礼在《金匮钩玄》中说："郁者，结聚而不得发越也，当升者不得升，当降者不得降，当变化者不得变化，故传化失常而郁病作矣。"因此，气机障碍可以说是所有疾病的基本病理过程之一，而障碍的主要表现就是郁滞。

治郁当以调气为要

由于气血郁滞常见于各种疾病之中，因此《素问·至真要大论》强调治病要"疏其血气，令其调达，而致和平"。并根据五脏功能的特点，提出"达、发、夺、泄、折，五郁之治"。《素问·六元正纪大

论》所说：木郁达之，火郁发之，土郁夺之，金郁泄之，水郁折之。意思是说：肝胆气血郁结者，应疏泄条达；心经有热者，该透发于外；脾胃壅滞者，宜消导下夺；肺气闭郁者，当开泄肺气；肾水停蓄者，须利水渗湿。实际上《内经》治郁不止此五者，坚者削之，客者除之，结者散之，逸者行之，留者攻之，郁者抒之，上之下之，摩之浴之之类，均属于此，关键是使气血通利。

气为血帅，气行则血行，气滞则血滞，气畅则津布，气郁则津聚，气在人体升降出入运动中居主导地位。因此，临床虽有先血瘀而后引起气郁者，但大都是先气郁而后引起血瘀。血瘀症多见于疾病的中后期，尤其是一些沉疴顽疾。而气郁症多见于疾病早中期，其发病范围比血瘀症相对要广，并更具共性。丹波元坚氏认为"郁之为病，气郁为最"。由此可见治郁定以治气为要。现在临床将黄芪、郁金、降香都作为活血化瘀药来研究，也说明活血化瘀与调畅气机有不可分割的关系。治郁即治气，此治气实质上是调气。

人体气机的活动都有一定规律，稍有抑郁也有其康复自愈的能力，此称之为"自然疗能"。医者当顺应人体气机的活动规律，调整体力的盛衰，诱导上下，开合升降，解除各种郁候，使之恢复健康。尤其要注意应用脏腑气机的功能。如治肺部疾患应注意气机的宣散与肃降，宣降正常，则津气通畅，呼吸调匀。如失宣肃则可出现呼吸不利，胸闷咳喘。脾胃为四运之轴，升降之根，升降正常，则水谷精微得以上输，浊气糟粕得以下降，如果脾升降失常，不仅水谷的运纳受障，五脏气机也受影响。肝胆有疏泄和降功能，如疏泄不足，生发之机被郁，即造成肝气郁结，女子尤为多见；如和降不足，升腾太过，也会造成肝气上亢，甚至血郁于上，使人薄厥，引起中风。心主血脉，全身的血都在脉中，依赖心气推动，濡养全身，如心气不足，势必出现气血瘀滞，气机不畅，与郁症有更直接关系。肾是摄纳气化，水液能在体内运行不息，除了心肺推动布散之外，还有赖肾的蒸腾气化，才能正常升降出入，使"水精四布，五经并行"，若肾阳不足，气化失常，升降失司，就会造成水液停滞，气机失畅。

调气解郁法的临床应用

正因陈老师治病重治郁，治郁重治气，治气重调气，因此处方用药，着意调畅气血。用药气分药多，血分药少；治气升降通利者多，补益者少。

二麻四仁汤治疗哮喘

二麻四仁即麻黄，麻黄根，桃仁，杏仁，郁李仁，白果仁。陈老师认为哮喘多由外邪诱发，故当用宣肺疏表之品，但哮喘久病表卫不固者多，若宣散太过，则肺气受损。故以麻黄与麻黄根同用，一开一合，调整肺气，两者兼顾。又哮喘病根，在于痰浊，因此，排除痰浊，清除气道障碍，保持呼吸通畅，又为治疗哮喘的一个重要环节。杏仁降肺气之上逆，桃仁化血络之凝瘀，二者合用，一气一血，既能顺气降逆，又能疏通肺部郁血。郁李仁滑肠下气，滑可去着；白果仁敛肺气而不敛痰。二者合用，一滑一涩，有上（痰）下（便）分消之功。整个处方构思在于通畅气机，保持呼吸通畅。再配以百部、款冬花、车前草、甘草排痰止咳，调和诸药。辛夷、苍耳子散风脱敏，在临床取得很好疗效。

柴牡十味汤宣畅气血

柴牡十味汤原名舒肝和络饮，由柴胡、牡蛎、香附、台乌药、郁金、菖蒲、苍术、厚朴、夜交藤、合欢皮十味药组成。此方贯穿了陈老师"病多参郁，调气为要"的指导思想，临床适应面广，用于治疗消化系统、神经精神系统、心血管系统、妇科月经不调等病症，均有较好疗效。

柴胡与牡蛎为本方主药，柴胡轻清，升达胆气，胆气条达，则肝能散精，而饮食积聚自下。牡蛎味咸性降，《汤液本草》认为"以柴胡引之，能去胁下之硬"，故二者合用，一升一降，能宣阳气之不达，阴气之不行，不但能宣畅气机，还有软坚散结，推陈致新之功。

香附血中行气，《本草纲目》赞其为"气病之总司，女科之主帅"。此因气顺则血亦从之而和畅，因

此妇科崩漏、月经不调均用之。乌药气中和血，《本草求真》认为：香附辛苦，入肝胆二经，开郁散结，每于忧郁则妙；（乌药）则逆邪提胸，无处不达，故用以为胸腹逆邪要药，二者合用，行气解郁的功效更为完善。

苍术开提中焦之气以升之，厚朴温中燥湿以下气，二药同用，健脾燥湿，使中焦气机升降之枢得旋，痰湿之郁得解。

郁金其性轻扬，能散郁滞，《本草汇言》言其能顺逆气，上达高巅，善行下焦，心肺肝胃，气血火痰郁遏不行者最验。石菖蒲利气通窍，除痰火之郁，舒心气，益心志。

夜交藤、合欢皮均有宁心、安神功效，但夜交藤有通络祛风之功，合欢皮有解郁和血之效。同用有通络解郁之功。

全方以气药为主，重在解郁除烦，调畅气机，使体内气血津液流通正常，纳欲改善，睡眠安稳，二便通调，为疾病康复，创造良好的自愈环境。

（陈　媚）

卢 芳　　吐法在急症中的应用

吐法是用药物或导引、探吐的方法，使在上之病邪或毒物从口吐出，从而达到抢救重危缓解病情治疗疾病的目的。笔者就卢芳老师在急症中运用吐法的经验作些探讨。

吐法的渊源及发展

吐法是中医治疗八法之一，始见于《素问·阴阳应象大论》云："其高者，因而越之"。即指病邪在胸膈之上，无论是痰涎、邪浊、饮食，用吐法因势利导，使之从上而出，虽然病家不喜但确是较为有效的治疗办法之一。张仲景引伸《内经》之旨，在《伤寒论》中用葱根白豉汤吐治杂病头痛，栀子厚朴汤吐治心中懊侬，瓜蒂散吐治伤寒头痛，太仓公，华元化等前贤亦常用吐法涌病驱邪，吐虫。历代医籍对吐法多有记载，至《儒门事亲》对吐法的论述，起到了承前启后的作用。

吐法是因势利导驱邪之法，人以吐为逆，医以吐为顺，不仅可以抢救急重病危，久病亦可奏捷。所误者，其一：经验不足，认证失误，以不吐之病妄用吐法，吐后生变不责已误，反以误吐之果否定吐法之真谛。其二：声名利禄驱使医者绕吐而行，不用吐法，不担风险，法不远人，人自远法，使吐法停滞湮微。其三：张从正说："吐者人之所畏，且顺而下之尚犹不乐，况逆而上之不悦者多矣"。所以长期以来，无论病家医家都有顾虑，纵有用者，亦不过是权宜应急，用后又不总结经验随使吐法进展无多，病例鲜少。

吐法的临床应用

吐法包括引涎、漉涎、追泪、嚏气，都有升、举、提由上而出之意。张子和以吐法撩痰，他说："撩痰者，以钗股鹅羽探引，不出以韭投之，投之不吐再投之，且投且探，无不出者。"所以吐法不单是药物的作用，还须加用某些机械性刺激、导引探吐使在上之痰涎、邪浊、饮食一涌而去。涌吐之时常伴有汗出、流涕，可兼清、消、泻法，少则可加，过则应止，一吐之中使气机宣通，腠理开发，解郁除痰，排除邪浊宿食。生机一转，闭塞顿开，昏沉可苏，危者复生。急诊中凡食入中毒者，必先导引洗胃探吐，洗胃探吐越彻底，胃内残毒物越少，抢救成功率越高，这就是吐法在医学中的发展。仲景所谓"大法春宜吐"，是指春天有生发之气，天人合一，在上之病邪吐而易去，少伤正气；若凡在上之病不论缓急，皆得春时，它非远水近渴，所以病须急吐者不得春时，此乃急则治其标也。"

应用吐法，先宜少服。未效渐加并用探吐导引之法，不吐再服再探引、中病即止，急症神志不清者可用胃管、鼻饲管导引给药。素体强壮可一次强吐，体弱除中毒者外可分二、三次轻吐，吐之未尽需待三、五日再吐，吐后体虚要安卧保暖，避风寒，糜粥自养，忌贪食房事，吐后病情加重须审证求因，知因治之，如酸碱失调，离子紊乱等等。吐不能止，因用藜芦可用葱白汤解；因用石药可用甘草贯仲汤解，瓜蒂及草木药可用麝香煎汤解。吐后烦渴可用水果汁凉开水解。

吐法的应用范围很广，如肺壅，酒疸，宿食，食入中毒，口眼歪斜，半身不遂，痰涎壅盛，胸中呃气，呕吐痰水，癫、狂、痫、虚痰，惊痰抽搐，风痰热闭，气厥、风厥、酒厥、酒厥等证，凡胸中实邪、上焦气壅，攻之不散，达之不通之痰浊诸证，都可用酸苦之药辅以探吐导引，因其高而越之，缓急之后再

随证调治。

吐法要用得其时，适应其证，才能取得较好疗效，否则非但无益反而为害，仲景《伤寒论》早有明辨，如病在太阳，不可吐，吐之则不能食反生内烦；少阳中风、胸满而烦不可吐，若吐则悸而惊；少阴病，若膈上有寒不可吐。卢老师总结先贤之论结合临床体会认为，凡素虚弱，久病危笃，脉息微弱，老弱气衰，自汗不止，妇人新产，亡血诸症，自汗亡阳，诸般泻痢，虚羸劳伤，或病无主见、好听谗言，妄言妄从，不守禁忌，除急性食入毒者外，虽有可吐证也不宜吐也。

医案选录

一、躁狂证

王某某，男，24岁，住院号1710，初诊日期，1991年9月11日。

中学读书高考落选，情志不遂，心中郁念，彻夜不眠，竟致精神失常，语言支离，记忆力、定向力失常，否认病态，有被害妄想，时而哭笑无常，时而怒目狂躁，不避亲疏，登高而歌，弃衣而走，甚致打人毁物。住院期间曾用过电休克疗法，发烧疗法，冬眠疗法，但病情无明显改善。乃请用中药治疗。诊视病人，身高体稍胖，面红目赤，轻痰频唾，喃喃自语，舌苔薄黄、口臭、左脉弦滑、右脉弦长，此乃气滞痰郁，蒙蔽清窍之躁狂证，拟用癫狂梦醒汤化裁治疗。

处方：桃仁30g，柴胡15g，香附10g，木通10g，赤药15g，半夏5g，青皮10g，陈皮15g，苏子10g，甘草20g，文军15g，川朴10g。

煎药200毫升，病人拒服，鼻饲给药，病人躁动不安，鼻管刺激咽后壁，引起恶心呕吐，吐出少量药液及胃内容物，继续给药。取出鼻饲管后约几分钟，又引起病人呕吐，吐出大量药液及痰涎等物，人夜病人轻泻一次，昱日病人自言口渴欲饮，精神比前安静，病情似有转机，乃知吐法之妙用。隔日将原文军减为10g，加瓜蒂10g，煎后病人自动服下，约半时许稍加探引胃内容物一涌而出，随后又呕恶频吐五、六次，吐出大量胶稠痰涎，头身汗出，神疲无力，昏沉入睡，次诊，轻咳频唾已失。追忆往事，对答如流，黄苔已退，脉见弦滑。前方去瓜蒂，又服三剂，大便通利，病情明显好转，随调治月余而愈。

癫狂楚醒汤，本无催吐作用，病人在鼻饲过程中躁动不安，造成给药探吐的条件，气滞痰郁结于胸膈之间，轻咳频唾，脉见弦滑是当吐见证，一涌而病有转机，再涌而胶痼痰郁顿解，故吐法在急症中的作用不可忽视。

二、阳黄

陆某某，男，32岁，五天前右上腹痛厌食欲呕，恶寒颤粟，继而高烧，全身发黄，到县医院查黄疸指数12单位，尿三胆阳性，谷丙转氨酶429单位，诊为急性胆囊炎，胆石症，梗阻性黄疸，动员住院治疗，由于家境困难，请用中药治疗。

证见：体质尚好，巩膜及全身发黄，体温38.9℃，胸闷不舒，右胁阵发性绞痛，肝大胁下一指，胆囊区压痛明显，舌苔黄腻，脉象弦实兼数。诊为阳黄，湿热中阻，治以清热利湿，利胆退黄之法，方用茵陈蒿汤，但药物奇缺，病情又急不能延误，深思良久，忽忆瓜蒂涌黄之法乃处方：

鲜瓜蒂30个，白丁香20粒，赤小豆15g。

慢火浓煎50毫升炖服，药后20分钟稍加探引开始呕吐，凡吐十余次，全身汗出，涕泪俱流，吐物最后变成淡绿色才休止。昱日疼病缓解，身黄减轻，乃易法以清热利湿，和肝理脾，降逆止呕为法，调治半月而愈。

卢老师曾为急黄病人用瓜蒂二两，一涌而病减，再涌而病霍然，虽知此法但未嗜轻易施用，今用于是证，果有回生之妙。方中瓜蒂苦寒有小毒。催吐力强，白丁香退黄力专，赤小豆疏肝解郁，清热解毒，以保胃中之正气，三药合用涌痰不伤正，保胃不留邪，通腹退黄起到相辅相成之效，六腑以通

为用，涌吐之时腹压增加，胃肠逆蠕动，欧底斯氏括约肌开放，瘀积之胆汁和小块结石可随吐而出，胆道通利，胆汁不逆于血分，则身黄可退。

三、惊悸抽搐

张某某，男，48岁，供销员，初诊日期，1990年2月10日。

春节前因故被打，惊恐气怒，肢厥身冷，口吐涎沫，被送到我院急诊。

症见：头面及眼眶青肿，齿龈出血，气息微弱，四肢发冷，语音嘶哑，苔薄白，脉细而数，血压（140/80毫米汞柱），心电图提示阵发性室上性心动过速，偶发房早，住院后经用镇静、调整心律等西药，又改用宽胸解郁、镇静安神等法治疗，心悸稍减，但四肢抽搐，吐涎沫未减轻；日发二、三次，本证是惊痰气郁结于膈上，攻之不去，达之不通，补之无益，当用吐法，乃以温胆汤合甘麦大枣加减治之。

处方：枳实10g，竹茹5g，陈皮15g，伏苓15g，炒麦芽20g，甘草10g，胆矾5g。

煎服一剂，食后十几分钟，病人频呕，稍加探引，则一涌而出，吐出胶稠痰涎200多毫升。痰结一开，神精清爽，饮食增进，调治半月痊愈出院，随访半年来未见复发。

惊恐伤肾，气怒伤肝，气郁痰结于上则神志混淆，心神无主则心有余悸，痰浊郁久化热，阻碍气机，筋失所养则肢厥抽搐。欲去热痰胶痼当用温胆，欲解郁除烦当用甘麦，更加胆矾一味，味酸辛而气寒，其性收引上行能涌风热痰涎、发散肝木相火，实为中病之要药，病情一转立见功效。

（谷励）

郭中元　治疗疑难病贵在知常达变

我师郭中元，行医四十余年，有着丰富的临床经验。郭老师常告诫我们临证治病，须切记中医之根本——辨证论治，要知常达变，师古而不泥古。郭老师在临床上凡遇疑难证，都要详察细审，反复剖析，处方用药往往别出心裁，且取效颇捷，兹举验案三则作一介绍。

以益气养阴为主治顽固性血尿

刘某，男，68 岁。1991 年 6 月 4 日初诊。患者素有糖尿病史，两月前因腰部及小腹痛胀，小便涩痛，血尿，去某医院就治，经检查诊为"泌尿系感染"。先后给用氟哌酸，青、链霉素以及中药等治疗，症状虽稍有缓解，但血尿持续不消，遂延郭老师诊治。证见：面色不华，精神萎靡，头晕乏力。尿常规：红细胞(＋＋＋＋)，蛋白(＋＋)，尿糖(＋＋)，白细胞少许。血糖 164mg。血红蛋白 8.4g。双肾、膀胱 B 超及其它检查均未见明显器质性病变。郭老师认为：此证系气阴素虚，阴火内炽，又感湿热之邪，热伤脉络，血溢水道，形成的血尿，证属虚实夹杂。治宜益气养阴，凉血止血，清热利湿。处方用：黄芪 15g，党参 15g，枸杞 15g，生地 15g，地骨皮 40g，风眼草 30g，小蓟 10g，茅根 10g，酒军 8g，血余炭 10g，甘草 10g。同时服用消渴丸。

二诊：服上方仅 3 剂，血尿明显好转，尿色变浅，小腹胀痛消失，精神转佳，舌苔转为淡黄，脉弦细。原方减风眼草，加三七粉 4g。

三诊：连续服药 12 剂，尿色已转正常，余证亦轻。尿常规：红细胞(＋)，蛋白(－)，尿糖(±)。血糖 130mg%。血红蛋白 10.08%。依前方加用茜草 15g。

又服 9 剂后，诸证皆消，尿常规检查各值阴性。于原方稍作加减调理一周后，查血红蛋白 12.4g%，血糖 110mg%。遂即停药。1992 年 3 月随访，病未复发。

血尿一证，历代文献多以热结下焦，伤络动血为主因。故清利下焦邪热为治血尿常法。本案患者年近古稀，素患消渴，原系阴虚热盛之体，且病久气阴两亏，气虚则血失统摄，阴虚则内热炽盛。又因新感湿热之邪，虚、实两热相合，损伤血络，迫血妄行而发血尿。阴液亏虚，虚火内动，上扰清窍，故见头晕；中气不足 生化乏源，故肢体乏力，面色不华；气阴两亏，神 无所养，故精神萎靡；湿热内蕴，上蒸于舌，故见舌红，苔黄黑而腻。细观前医中药处方，均以清热利湿止血为法，然血尿久治不消。郭老师推究病源，认为本病系本虚标实，虚实夹杂，前医用药，只知治标，不知顾本，累投苦寒清利之剂，虽使湿热清，但致气阴更损，故血尿终难愈也。

《张氏医通》曾言："溺血之由，无不本诸热……，下焦结热，血随溺出"。是指其常。又说："老人溲血，多是阴虚"。是谈其变。郭老师知常通变，塞源固源，标本兼治。认为非育阴不能制阳，非益气不能摄血，非祛邪不能清源。取益气养阴为主，凉血止血，清热利湿为辅，三法并举。初诊方中用黄芪、党参培补中气，以固脱止血；生地、枸杞滋阴益肾，"壮水之主，以制阳光"；重用地骨皮清热、凉血、益肾，以清阴分之火热。小蓟、茅根凉血止血；风眼草清热利湿；《本草纲目》中说：发为血余，"能治血病，补阴"，故方中配血余炭止血补阴。再用酒军泻火祛湿，兼以止血；甘草调和诸药，益气和中。诸药协合，可使阴液得养，中气得益，虚火得潜，湿热得清，病趋愈向。同时兼服消渴丸，以疗消渴旧

疾。再诊时小腹痛消，血尿亦减，说明气阴渐复，邪热亦得以清解，故减风眼草，先后加用三七粉，茜草以活血祛瘀止血，以防纯用止血留瘀之弊。前后共用药30剂，痼疾得愈，旧病亦康。

以温阳化痰为主治顽固性盗汗

崔某某，女，47岁。1990年7月2日初诊。寐则汗出，醒后自止，衣被常湿，扪之冰手，已历三年。西医诊断为"更年期综合征"，迭进更年康、谷维素、六味地黄丸、金匮肾气丸等治疗，皆无收效。患者体弱而胖，面色㿠白，腰膝酸软，四末不温，大便溏薄，时发头目眩晕，舌苔白腻，两脉沉滑。郭老师诊为：脾肾阳虚，痰湿内阻，卫气不固，汗液外泄。法以温肾助阳，化痰除湿，固表敛汗。处方：仙灵脾12g，巴戟天10g，半夏10g，云苓15g，黄芪10g，当归10g，白术10g，五味子10g，炒白芍12g，甘草10g。

二诊：服药6剂，盗汗明显减少，肢凉亦较前好转，但仍时觉头晕，原方加天麻10g。

三诊：连服24剂，盗汗消失，诸恙皆退，停药后嘱患者加强体育锻炼，以防复发。

长期以来，对汗证的认识多是以自汗为阳虚，盗汗为阴虚。如《丹溪心法》中说："自汗属气虚、血虚、湿、阳虚、痰"。"盗汗属血虚、阴虚"。郭老师认为：汗证的辨治，不能拘于自汗必为阳虚，盗汗必为阴虚。盖因机体中脏腑气血的病理变化，影响卫外功能，使腠理失固，均可出现汗液外泄。《冷庐医话》说："人寤则气行于阳，寐则气行于阴，若其人表阳虚者，而阳气闭聚于里，与其微火相触发，亦必汗出。是则自汗不节属阳虚，盗汗不节属阴虚矣。"故此阴虚可见自汗，阳虚亦可见盗汗。在辨证上郭老师认为，无论自汗、盗汗，凡内无火热，兼有肢冷畏寒者，多是气虚或阳虚；内有阴火，兼有低热或五心烦热者，则多是血虚或阴虚。临证须详査细审，绝不能泥于旧说。

本案患者素体阳虚，脾肾两亏。肾阳虚损，周身失其温煦，故面色㿠白，四肢不温，腰为肾之府，肾虚则腰膝酸软；脾阳不足，生化无源，运化失职，则大便溏薄，体弱乏力；阳气内虚，寤时虚阳行于外，尚能固津而不外泄，入寐则卫阳行于内，表气不固，阴液趁虚而泄，故发盗汗。且患者体胖多湿，阳虚则湿无以化，使痰湿益甚。痰浊上扰则时发头目眩晕；痰湿内盛故见舌苔白腻，脉沉滑。痰湿性属阴邪，易阻闭阳气，亦使虚阳更难卫外，津液失固，故睡中濈然汗出，日久难愈。患者曾服六味地黄丸，欲益阴止汗，然药证不合，故此无效。又服金匮肾气丸，温补肾阳，但痰湿未祛，阳气终难畅达，故亦无效。郭老师穷究病机，知常达变，不泥常法，以仙灵脾、巴戟天温肾壮阳；白术，云苓健脾化痰；半夏燥湿祛痰；黄芪、五味子、炒白芍固表敛阴；当归益阴养血，甘草调和诸药，和中化湿。二诊时仍有头晕为痰湿内盛，故加天麻以祛痰浊。前后用药以温阳、化痰、敛汗为法。阳气充则卫外有力，痰湿祛则阳气得伸，使盗汗痼疾，很快得愈。后嘱患者加强体育锻炼，劳其身以强其体，乃固本之策。

以温肾益阴为主治慢性口腔溃疡

武某，女，42岁。1990年3月4日初诊。患口腔溃疡近两年，曾辗转数家医院就治，给予维生素，抗生素，激素和中药等，皆无显效，且病情日趋加重。某院建议其做病理切片检查，患者不愿，遂来求诊于郭老师。诊见：溃疡散发于内唇粘膜及舌体，形如黄豆或粟粒大小，疮面最大处位于舌体右侧约1×0.6厘米，表面呈淡黄色，基底质硬。疼痛难忍，每进食水则其伴恶寒怕冷，腰膝酸楚，足跟疼痛，心烦口干，舌胖嫩，边有齿痕，苔微黄，脉沉细。郭老师诊为：肾阴不足，阴损及阳，阴阳两亏，水不济火，虚火上炎。治宜温肾补虚，益阴和阳，兼以清心降火。处方：熟附片6g、肉桂10g、党参12g、生地12g、元参10g、五味子10g、栀子10g、川连10g、牛膝10g、甘草10g。

二诊：服药12剂，口腔内溃疡面减少，舌体右侧溃疡面明显缩小变浅，疼痛转轻，基底变软，仍时感腰酸肢软，苔薄白，脉沉细。遂于上方加狗脊12g、补骨脂12g。

三诊:前后治疗近一个月,口腔溃疡完全消除,舌体活动灵活,进食水无碍,体重增加,病告痊愈。一年后随访,未见复发。

本病俗称"口疮"或"口疳",是临床一种常见病。素以胃火上炎,心火亢盛,热毒内炽,阴虚火旺等证型为多见。治疗常法新病实证以清泻心脾为主,久病虚证以滋阴降火为治。临证每用竹叶石膏汤、黄连解毒汤、凉膈散、玉女煎等方剂,亦多可获效。然本案患者,除口腔溃疡外,同时兼见恶寒怕冷,腰膝酸楚,足跟疼痛,尤其是舌体胖嫩,舌边齿痕,脉沉细,与一般口腔溃疡有异。郭老师详析病机,认为本病原系肾阴不足,下元亏虚,水亏不能济火,虚火上炎,而发口腔溃疡,日久阴损及阳,致使阴阳两虚,故用一般常法久治不愈。《景岳全书》谓:"口舌生疮,固多由上焦之热,治宜清火。然有酒色劳倦过度,脾虚中气不足者又非凉寒可治,故虽久用清凉终不见效。此当察其所由,或补心脾,或滋肾水,或以理中汤或以蜜附子之类反治之方可痊愈,此寒热之当辨也"。郭老师以温阳益阴,调济水火为法,用熟附片、肉桂温阳暖肾,引火归原,栀子、川连清泻心火,与附、桂同用,意取寒热并治,相辅相成,交通心肾,阴阳互济。党参益气培本;生地、元参滋水降火;五味子补阴益肾;牛膝引火下行;甘草缓急,调和诸药。复诊时原方加狗脊、补骨脂以增强暖肾强腰之力。迨至三诊,诸恙悉消,久疾得瘥。郭老师前后用药条缕清楚,融合有度。是方阴阳互济,水火同协,补中有动,温中有清,且稳稳收效,可称妙法。

(张波　朱纬)

张剑秋　　中药治愈颅内两侧出血

张剑秋教授于1991年7月受总后卫生部委派，应邀赴新加坡救治因颅内左右两侧颞部出血致昏迷达4个月之久的新加坡居士林领袖广洽法师，获得圆满成功。新加坡报刊做了报道，赞扬中医药的神奇作用。现将此医案的救治过程，报告分析如下：

患者广洽法师，男，92岁。于1991年3月15日因沐浴时不慎跌倒，引起头痛、头胀，呈进行性加重，渐渐出现烦躁不安，在新加坡××医院行核磁共振(MRI)检查，报告为右侧颞部颅内血肿，即行颅脑手术引流颅内积血，术后，病情迅速加重，进入昏迷、失语、二便失禁、右侧肢体瘫痪。再次做MRI检查，示左颞部又出现新的血肿，积血量约为30ml。因患者已十分虚弱，难以支持再手术，故经多家名医会诊，采用多种方法保守治疗4个月之久，病情仍未见好转，昏迷持续时间达120多天。7月中旬，由新加坡居士林通过中国佛教协会邀请先生前往诊治。

7月16日初诊：耄耋之翁，形体羸瘦，神昏意糊，时有烦躁，不能识人，语言謇涩，答非所问，偶有喃喃自语状，喉有痰鸣之声，小溲黄赤，大便干结、二便不能自控，右侧肢体偏废不用。血压：20.0/12.0kPa。脉来弦细而数，唇焦口干，舌质紫暗，舌尖红，苔黄腻且有干裂。缘由跌仆外力所伤，气机逆乱，血溢脉外成瘀，瘀阻脉络，乃生偏枯；再则素体肝旺，风自内生，挟痰上扰，清空舌窍为之闭塞，神明无以自主，故见神昏、失语、烦躁不安等症。脉证合参，乃中风重证，中脏腑无疑。然病已4月有余，因病致虚，经气亏耗，已属必然。“气为血帅、血为气母”，“气行则血行，气滞则血凝。”治以益气行气，活血化瘀，佐以豁痰清热、宣窍醒脑、标本兼顾。药用：炙黄芪15g，太子参15g，川芎9g，紫丹参15g。红花6g，桃仁9g，炙远志6g，川郁金15g，云茯苓15g，川石斛15g，大生地15g，珍珠母30g，炙甘草6g。3剂。水煎灌服，每日1剂。第1天加服牛黄清心丸1粒。停 用各种中西药。

7月18日二诊：进药3剂后，病人出现躁动不安，喃喃自语，但语声较前有力，脉来弦数，唇舌干燥及舌苔干裂等证见减。此为药达病所之佳象。再以治以豁痰开窍，醒脑安神。药用：炙黄芪15g，紫丹参15g，大川芎9g，藏红花15g，石菖蒲12g，竹沥半夏12g，灵磁石30g，枳实9g，炙远志6g，川郁金15g，珍珠母30g，川石斛15g，甘草6g。5剂。水煎灌服，每日1剂。

7月23日三诊，上方进药5剂后，患者昏迷变浅，能呼之有应，烦躁、喃喃自语等症消失，喉中痰鸣大减，汤药入口能吞咽，尿色变淡，大便通调。脉来弦滑，舌质淡暗，苔腻略黄。热象已减，痰浊始降。上方加胆南星6g，天竺黄9g，辰灯芯15g，去石斛、丹参。7剂。水煎服，每日1次。

8月1日四诊：患者继进上方后，神志渐渐恢复，至8月1日诊视时，神志已完全清醒，语能达意，二便自控，四肢感觉恢复，唯感右侧肢体无力，能在床上坐起，可扶持在室内行走数步，脉来弦滑，舌质暗，苔白腻。患者清窍已开，神明已复，功已初成。皆然久病之亏，非1日能复，且瘀血内阻，痰浊未尽，仍不可掉以轻心。治宜益气活血，健脾畅中，固扶后天之本。药用：生黄芪15g，太子参15g，大川芎9g，藏红花1.5g，辰灯芯1.5g，珍珠母30g，竹沥半夏9g，炒当归9g，炒枳壳15g，炒白术12g，焦山楂15g，青陈皮各6g，甘草3g。5剂。水煎服，每日1剂。

8月6日五诊：患者精神、体力渐复，胃纳增加，二便通调。可在室内自由渡步而无需他人扶持，并能扶栏上下三级楼梯。经第3次MRI检查示颅内血肿明显缩小。治按原方去竹沥，加生、熟地各

12g，每日1次水煎服。

8月7日，先生离新加坡回国，患者已能设宴话别，并能相送甚远。此后一直通讯处方调理，继守原方出入。11月始改服由某医院椐本方加工制备的“醒脑饮”口服液。92年元旦信访，患者神志、思维能力、语言功能及右侧肢体活动能力均基本恢复正常。

按语：

1、中医治疗中风病的医案多见不鲜，但似本例之特殊者确属少有：①患者92岁高龄，气血本已虚损，肝肾早衰，四肢百骸无不如枯木朽株，百病易生；又因跌仆损伤，血溢脉外，瘀阻清窍；再加颅脑手术创伤，损耗至极。②患者因颅内出血致昏迷已达120多天，多次MRI检查显示左、右颞部积血各达30ml之多，其证候远较临床常见的脑血管病复杂而凶险；③患者非为平民之辈、而是新加坡德高望重的佛教领袖，而且已经过许多医学名家诊治而未能获效。中医药能否治愈这样的危急重症，给先生的思想形成一定压力，然而先生却终能力挽狂澜，草药数剂，竟使高僧转危为安，其见效之速，收效之著莫不令人咋舌瞠目。

2、本例患者为外伤性颅内出血，治疗应先行止血，再投以活血化瘀为主，柔肝熄风为辅的方法。但先生却从豁痰清热，醒脑开窍论治而获显效，何也？先生认为，辨证论治是中医的灵魂，施治必须在精细辨证的基础上才能获得理想的效果。本例虽然因跌仆致伤，引起颅内积血而成瘀，但当前燃眉之急仍为瘀血所阻，郁而化热，痰热上涌，蒙闭清窍，使神明失主所致的神昏烦躁。患者口干唇焦、舌尖红、苔黄腻，尿赤便结等呈一派阴虚火旺之象。因此，虽有出血已无需再止，即存瘀血亦无需急通。按照“急则治其标，缓则治其本”的原则，当务之急应是豁痰开窍、滋阴降火，窍开神自复，阴足火自灭。通过以药测证，药后证减，说明判断无误，效如桴鼓，终使病人转危为安。

3、先生临症，常把“六腑以通为用”的前圣古训应用到临床各种病证之中，尤其是对心脑血管的疾病。先生经过潜心研究，形成了自己凡病皆以通为顺的特色，组方选药常常多用枳实。历代方书本草均谓枳实为破气消积之品，能行气化滞，破结消胀，力大功宏，素有“推墙倒壁”之称。多用于胃肠积滞，脘腹胀满等疾。先生认为枳实既能通胃肠之结，行脘腹之气，而人体之气皆为一也，能疏脾胃之气滞者，必然通调运行全身之气机，只要气机调畅，升降出入均能正常，何疾而不能除哉；本例首诊，投以益气化瘀之剂后，病人烦躁更甚，先生当机立断，投以破气消滞之枳实，佐以豁痰开窍，滋阴清热之法，终使患者得以苏醒，转危为安。现代药理研究成果表明，枳实不仅可以增强胃肠平滑肌的蠕动，而且对心脑血管有明显的扩张作用和抗凝作用，为先生的临床经验提供了科学的佐证。

（姜习良）

胡翘武

治疗支气管哮喘的经验

支气管哮喘(以下简称支哮)是一种变态反应性疾病,属中医"哮证"、"喘证"之范畴。因其反复发作,缠绵难愈,向为历代医家所重视。胡翘武主任中医师在长达六十载的医疗实践中,对该病诊治颇多,在迅速控制症状,延长复作间期,减少乃至杜绝复发等方面,积累了一套丰富的识证用药经验。

发作治标 务求标中之本

支哮多发病急速,病情重笃时大有气憋息止之虑,如何迅速控制症状,缓解危急病情,是支哮发作期的当务之急。虽云急则治标,但标因颇多,若有的放矢地伏其所主,则应于众多标中求本。胡老认为"内有壅塞之气,外有非时之感,膈有胶固之痰"(《证治汇补》)虽是支哮的发病机理,然从发病症状观之,"内有壅塞之气","膈有胶固之痰"实为其主要发病机理,"外有非时之感"只为其发病之诱因,引发后大多消逝不复存在,如食物、接触之诱发,花粉、烟尘之刺激,感寒冒风之客袭等,于发病后或忌或避,已不在或很少在病理中再起作用,而气息急迫,吐纳不利,甚则张口抬肩,摇身撷肚等,无不为"壅塞之气"为害;痰声漉漉,胸膈痰满,喉如曳锯,咳痰粘稠,又无不为"胶固之痰"作祟,故"气闭痰壅"是该病主要机理,是支哮发作期标中之本也。如何使其气开痰涤,是迅速控制症状,缓解病情之关键,胡老抓住这一标中之本,启闭壅塞之气,经取杨栗山之升降散去姜黄,代以枇杷叶或金沸草化裁,以蝉衣轻升开肺,杷叶(或金沸草)肃降宽胸,大黄通幽安里,僵蚕散结解痉,溶升降通散于一炉,斡旋上下,升降气机,壅塞之气可通,郁遏之肺气也即开达矣。蠲涤胶固之痰非二陈导痰之剂所能奏捷,常择牙皂、商陆、芫花、泽漆、白芥子、葶苈子等性猛力专之品,直捣胶固顽痰之窠臼,不患其不驱。然胶固之痰又常有饮痰之别,更有寒热之殊,蠲涤之品则应随证而异,不可信乎取舍。如痰热胶固者,当以苦寒之品泻涤,辛苦性寒之葶苈子与苦寒之泽漆具为祛痰利水,泻热决壅之上品,为此证理想之药。寒痰凝着者,则应辛热蠲逐,药取性温味辛之牙皂、白芥子,以温肺豁痰,攻坚散结。若为饮邪浸渍,贮蓄不化,上药不中与之也,可予芫花商陆涤蠲之。考芫花秉花性而体轻上浮,善逐上焦之水邪,商陆逐水消肿,能治胸胁之积液,二药合用,蠲饮力专。如斯随证择用,再与升降通散之品相伍,驱痰与启闭又相辅相成,奏效常在一二剂之间。峻猛之品虽效宏力专,但多慓悍有毒,处方投药应中病即止,或衰其大半即止,应减味减量,无使药过病所,诛犯无故。

缓时治本 洞察本之所在

能延长支哮之发作间期,减轻其发作症状,减少乃至杜绝复发,是支哮缓解期之调治关键。缓时治本,务必洞察本之所在,也应本虚补实泻之原则,不可唯虚是务。补虚之法更不能只是滋补药物之堆砌,因虚有脏腑之异,更有气血阴阳之殊。再肺气之虚缘由中气虚陷,或为肾气不足所致者,徒补肺效从何来。故缓时治本应洞察本之所在。若能潜心细审,再能药中肯綮,上述之目的则不难实现。

支哮胶固之痰并非发时才有,只不过其在非时之感之诱导下,与壅塞之气搏击而发病,设若膈间少有无有其痰,该病之少发轻发,乃至不发是完全可能的,缓时治痰不失为求本之一大法门。然久

罹支哮、络无不阻，血无不瘀，痰瘀两邪交结不解，互结为祟，实为胶固难除之因，治痰不治瘀，胶固之痰诚有如“蜂子之穴于房中，莲子之嵌于蓬内”易生难驱之叹，治痰与活血调营同步，可收事半功倍之效。

若为寒痰挟瘀胶固者，以六君子汤合三子养亲汤加当归、川芎、红花、泽兰、三七等，一则温逐寒痰，和血调营，以利夙根之驱逐；二则健脾运中，和胃化痰，以杜痰浊之源。药宜缓投，以糊丸常服更佳。并嘱戒厚味，少添甘，避风寒，忌冷饮。痰热挟瘀为支哮多见之夙根，就目前临床观察远多于寒痰挟瘀者，治以千金苇茎汤合雪羹汤，加葶苈子、赤芍、水蛭、地龙、丹参等，清热化痰，通络活血并投，坚持服用，胶固之痰热瘀可轻减或消逐于默化之中。

支哮之痰久羁难痊，肺无不虚，虚则主气乏权，宣肃不利，治节失司，对气体吐纳，痰浊外排不无影响，迅速调补肺金是消排胶固之痰，抵御非时之感，宣畅壅塞之气之治本之道。肺气不足，面白少华，胸闷气短，咳痰难出，舌淡脉虚弱者，景岳举元煎为主方增损。肺阴亏虚，面色姣艳，颧唇色红，口干咽燥，舌淡红少苔，脉虚细数者，生脉散以太子参易人参，再加南北沙参百合阿胶等。气阴两虚者则以上两方化裁。偏于阳不足，除有肺气亏虚之症外，尚有畏寒恶风，肢冷自汗，喜唾白沫等症，举元煎合仲景甘草干姜汤去升麻为宜。

考肺主之气根于肾而生于脾，金之华荣赖于水而培于土，治肺不应，自当求诸脾肾，如肺气亏虚由脾土不足中气虚陷者，症见纳少神疲，四肢倦怠，少气懒言，气不接续，稍劳则甚，脘痞便溏，治以补中益气汤补气培土以生金。兼中阳虚馁者，加小量干姜肉桂，而有“少火生气”之用。若肺气不足由肾阳式微肾气亏虚者，症多形寒肢凉，腰膝酸软，口淡无味，溲清且频，或阳萎带下，舌淡润脉沉迟等，方宜金匮肾气丸合青娥丸，或右归丸加紫石英胡桃肉等。若肺之气阳不足属于肾督阳虚，精血亏耗者，可予右归丸加紫河车淫羊藿蜜丸常服为宜。

肺阴亏虚之由肾水不足，金失所润，症有形体消瘦，面颊潮红，腰脊酸软，头昏目眩，耳鸣耳聋，舌淡红少苔，脉细数，法当滋水润金，方宜六味地黄丸合生脉散，去茯苓泽泻，加百合、玄参、天冬等。如为阴精耗夺日久者，阿胶、龟版、冬虫夏草等肺肾兼补之血肉有情之品可随证加入，此以白蜜收膏坚持服用颇佳。若为胃液枯涸，津不上承，肺失滋荣者，症如胃中烦热嘈杂，口干喜饮，纳差脘痞，面颊唇舌淡红，溲淡黄，大便或结或溏，脉虚濡细数，又当滋养脾阴为主，此与肾阴不足，胃液枯涸同中有异，方拟六神散重用山药，加百合太子参或西洋参等。

两虚相得　驱邪与调脏同步

支哮之大部分患者无论发作或缓解期，均以虚体实邪之“两虚相得”并存。所不同者，发作时以邪实为主，缓解期以体虚为主耳，故一味扶正与专事驱邪，无不犯“虚虚实实”之戒。治当于驱邪同时，针对性地调补脏腑之相应功能，发挥药物与所调补脏腑之驱邪与扶正之两个积极性，共同产生的效应是不可思议的。

支哮发作期以痰热与寒痰为主，痰热久蕴无不灼伤肺之气阴，肺金虚惫，宣肃乏权，吐纳不利，痰热之邪更难清逐，如此因果循环，痰阻痹阻愈甚，肺之气阴虚耗有加，呈本虚标实两极分化之势，喘哮气息急迫，胸憋痰鸣心悸等无不为之重急也。清当重剂清化之品直泻痰热，并可撤气阴耗伤之源；滋益气阴之剂调补肺金，能增痰热清排之力，常以千金苇茎汤合生脉散，易人参为南沙参，加葶苈子桑白皮等，可奏正扶邪却，喘哮速止之效。

寒痰痹阻之支哮若兼肺肾气阳偏虚者，单以小青龙、射干麻黄汤就难以奏效了。因气主于肺而根于肾，肺肾气阳不足，非但寒痰易凝，且凝滞之后也很难温化排送，虽辛热蠲化之剂频投，虚惫之肺金无以温补，邪虽祛而不尽，哮虽减而难痊也。此疾除寒痰哮喘之症外，如兼腰背酸软，手足清凉，

白珠淡兰，或遗泄带下，舌淡嫩边多齿痕，脉沉虚细迟等一二个症状时，即可辅以温补气阳之品，常以小青龙汤与阳和汤化裁，以鹿角胶易鹿角片，熟地易淫羊藿则佳。

支哮缓解期虽以扶正补虚为主，但余邪残留，气血乖逆，或恋体客邪又为其常兼，此期调治驱邪之品诚不可缺如，否则定犯补虚不成而有助邪之误。

脾肺亏虚、营卫不和是支哮最易受“非时之感”之基因，又是外邪留恋着痹不去之最佳客体，故补益脾肺与祛疏留着客邪是缓解期较常用之法，胡老常以仲景疗治“虚劳诸不足，风气百疾”之薯蓣丸为主，随证稍事化裁都能收满意之效。考本方除重以“主伤中，补虚羸，除寒热邪气，补中益气力，长肌肉强阴”（《神农本草经》）之山药为君外，又由八珍汤、桂枝汤、桂枝人参汤等复方，以两补气血、调和营卫，补土生金为补虚扶正主体，配阿胶、麦冬以养阴补血直益肺金，柴胡、防风、桔梗、杏仁等以祛邪疏风，神曲豆卷和胃助运，白蔹于补虚疗损方中可起疗疡敛溃之用。且四物汤能活血和营以促血运，柴桔、防风疏肝悦脾可调气机。本方脾肺两补活泼气血，补虚而有祛邪之功。如痰浊偏甚者，加半夏、陈皮；气虚较显者，加黄芪；肺阴偏虚者，去干姜，加南沙参、百合、五味子，并以西洋参易人参。

肺肾不足，金水交虚，痰浊蓄而难祛是支哮易发难痊的又一。缓解时虽无喘哮之作，但机因尚存，腰痛膝酸，稍劳则息不匀，咳痰粘稠等症却为常见。偏阳虚者，畏寒肢凉，咳痰稀薄，而色㿠白，舌淡润苔白滑，脉沉弦等，阳和汤化裁最为合拍，加淫羊藿、紫石英、补骨脂、胡桃肉配于熟地、鹿角胶、肉桂，以温补肾督煦养肺金固其本，白芥子、麻黄、干姜稍加牙皂以温化蠲涤寒痰治其标，缓缓调治或蜜丸常服，大有扶正祛邪，减轻症状少复发之妙用。

偏于阴虚者，如口干咽燥，痰少色黄，五心烦热，盗汗，颧红，遗精带下，舌红乏津多裂少苔，脉虚细数者，金水六君煎合雪羹汤增损颇佳，加玄参、麦冬、沙参配于地黄、当归之中，以两滋肺肾，雪羹二陈以清化蕴肺之痰浊。若痰热偏甚者，去半夏、陈皮加苡米、瓜蒌皮、瓜仁；如营偏虚精血不足者，加阿胶、龟版、冬虫夏草以填补精血。

尚有精血亏虚于下，络脉痹阻于上，以腰脊空虚酸软，头昏目弦，而容憔悴，而颊唇龈紫黯，动则气急喘迫，舌淡暗或有瘀斑者，胡老常以自制水车散（水蛭河车）合左归丸，再加当归丹参茜草等，以通填并举，寓消于补为方，蜜丸常服，对支哮之少发轻发可收他法难收之效。

（胡国俊）

汪承柏　苓桂术甘汤加减治黄经验

汪承柏教授运用中药治疗重度肝炎形成了一系列经验，其中用苓技术甘汤加减治疗难治性重度黄疸肝炎，颇有特色和疗效。现将这一经验总结如下。

资料与方法

1、病例来源：系吾师承担的"六五"、"七五"攻关项目期间的临床研究病例。血清总胆红素(胆红素)>171umol/l(即超过10mg%)。男性63例，女性14例，年龄18—63(平均37.69±11.51)岁。

2、观察项目：

(1)胆红素：用药当天及以后每周查1次。

(2)乙肝病毒指标：包括HB_sAg、抗—HB_s、HB_eAg、抗—HB_e、抗—HB_c、抗—HB_cIgM、HB_sAg/IgM、PHSA、HBV—DNA，治疗前后各查1次。

(3)肝活检：77例中有24例因血小板降低、凝血机制严重障碍或腹水而未行肝活检，其余53例均于治疗前通过腹腔镜或快速肝穿取肝组织送病理检查，其中26例在胆红素降至正常或<85.5umov/l(即5.0mg%以下)时(平均65.60±10.71天)行二次肝穿。

3、诊断：根据病史、胆红素、乙肝病毒指标及肝活检，最后确诊为乙型慢性活动性肝炎肝内胆汁郁积73例(其中16例合并肝硬化)、乙型慢性重型肝炎4例。

4、用本法前治疗：全部病例均用过1种或多种治疗。包括肾上腺皮质激素4例次，胰高血糖素——胰岛素5例次，清开灵注射液21例次，强力宁注射液8例次，6912注射液(由黄芩、黄连、黄柏、栀子、大黄组成)8例次，门冬氨酸钾镁注射液11例次，清热解毒口服中药38例次，凉血活血中药8例次。结果黄疸仍持续不退或进行性加深而改用本法。其时胆红素为173—P25(平均357.96±157.41)umol/L；胆红素>171umol/L平均持续时间超过1个月。

5、中医辨证：由汪老师本人或在他指导下由笔者进行辨证。凡有倦怠无力、胃脘胀满、口渴喜饮或不喜饮，大便稀溏、舌苔白腻或黄腻、脉弦滑、并有胃脘振水声者，为饮停心下证。有小便自利，蟹爪纹，衄血，面色晦暗，舌质紫暗或有瘀点、瘀斑，舌下脉增粗延长、肝脾肿大者及口咽干燥，渴喜热饮，大便秘结，皮肤搔痒，抓后有出血点，皮肤灼热感，出血倾向者为兼血瘀血热。有形寒肢冷等见症者为兼脾肾阳虚；有大便秘结，舌苔黄等见症者为兼阳明腑实。77例主证均为饮停心下；全部病例均兼血瘀血热，3例兼脾肾阳虚，2例兼阳明腑实。

6、主方及随证加减：

(1)主方：桂枝15g，茯苓30g。

(2)加减：有血瘀血热者加丹参30g、葛根30g、赤芍60—80g；兼脾肾阳虚者加炮附子6—12g、肉桂粉2—4g(冲服)；兼阳明腑实者加生军10—15g、元明粉2—4g(冲服)。

(3)并用药物：除服用维生素C及肝泰乐外，均为单一中药治疗。血浆白蛋白低于35g/L及/或有腹水者加用人血白蛋白静点。

7、疗效判断：用药后胆红素降至正常为显效；胆红素降至85.5umov/L以下为有效；用药2—3

周胆红素持续不退或进行性上升或虽有下降但仍>171umol/L 者为无效。

结果分析

1、改善症状(表 1):从表 1 看出,治疗后大多数病例症状改善或消失,尤其是食欲不振,胃脘胀满,大便稀溏更为明显。

表 1　治疗前后症状及体征变化比较

	胃脘胀满	食欲不振	大便稀溏	倦怠无力	黄腻苔	白腻苔	胃脘振水声
治疗前阳性例数	77	32	32	69	47	30	77
治疗后改善例数	77	68	29	59	47	25	60
(2)	100.0	91.89	90.63	85.51	100.0	83.33	77.92

2、消退黄疸:35 例平均治疗 68.97±26.79 天胆红素降至正常;39 例平均治疗 37.47±20.60 天胆红素降至 85.5umol/L 以下出院,出院后继续服药降至正常;2 例药后胆红素下降不明显,1 例胆红素降至 122umov/L 时自动出院。故显效 35 例,有效 39 例,共 74 例(96.10%)。

3、改善病理(表 2):从表 2 看出,治疗前后比较,多数病例肝脏病理均有明显改善乃至修复。

表 2　26 例治疗前后肝脏 8 项主要病变比较

		碎屑样坏死	桥型坏死	灶性坏死	嗜酸性坏死	气球样变	炎细胞浸润	枯氏细胞反应	胆汁郁积
治疗前		23	14	24	18	23	24	23	24
治疗后	消失	2	7	3	14	11	5	11	17
	改善	16	5	10	2	9	12	4	6
	不变	5	2	11	2	3	7	8	1

讨　论

本文总结了汪老师诊治的 77 例难治性慢性重度黄疸性肝炎,有 53 例经肝活检证实,其余 24 例虽因有禁忌症未做肝活检,但结合临床、生化及乙肝病素指标均可确诊,故诊断可靠。77 例经老师自已或指导笔者进行辨证,辨证依据充足。77 例用本法前经多种中、西药物治疗不效。用单一中药治疗,74 例显效及有效,26 例二次肝活检证实肝脏病变有明显改善或修复,提示吾师辨证准确、用药切证。

77 例主证素"饮停心下"证。此证不同于清·钱镜明《辨证奇闻》之"心疸之症"。心疸之症系"一饮水即停于心下,时作水声……",而本证无论饮水与否,振动胃脘部皆有振水声,患者本人即无自作水声之感。本证在《金匮要略》中属痰饮病,其病机为脾虚不能散精,上归于肺。肺虚不能通调水道,下输膀胱。肾阳虚弱,不能化气行水。因此水饮多在肺、脾,倦怠无力,口粘口苦,渴喜热饮或不欲饮,大便稀溏,胃脘有振水声等脾虚湿困之临床见症。77 例中,有少数病例尚有肩背酸沉、背寒如掌大、腰沉冷痛等症状。

对于本证的治疗,《金匮要略》中述及"病痰饮者,当以温药和之"。因为病痰饮为阳不化阴,本虚

标实之证。若久用温补，则滞腻而不去；若久用燥热，则结而不散；若久用寒凉，则饮聚越多；若久用泻下，水饮虽可暂去，而脏腑俱虚，导致饮去复聚。故其治疗大法，当以温药和之。《金匮要略》中明示："心下有痰饮……，苓桂术甘汤主之"。方中桂枝温阳化气行水，茯苓淡渗利湿，通调三焦。术、草味甘，有滋腻之弊，肝炎病人服后恒腹胀加重，故弃而不用。

用苓、桂治疗肝炎，已有先例。如《太平惠民和剂局方》中之"五苓散"，利水渗湿、温阳化气，治疗有水湿内停证之肝病；《金匮要略》中之"茵陈五苓散"用于治疗湿重于热之阳黄。但本文中病例，除有饮停心下外，尚有血瘀血热。瘀久化热，暗伤营血，用温药难免有偏盛之虞，不无顾忌。但本着"有是证用是药"原则，汪老师断然选用。实践证明，不用苓、桂，黄疸难退或上升。如患者王××，肝活检诊断为中型慢活肝，胆红素 362.5umol/L，给予凉血活血中药治疗 28 天，胆红素为 453.2umol/L，经汪老师重新辨证，在原方中加用桂枝 15g、茯苓 30g，药后第 7 天胆红素为 224umol/L，84 天降至正常；2 次肝活检肝脏病变明显减轻。再如患者冀××，肝活检诊断为重型慢活肝，给予凉血活血中药口服 1 周，胆红素由 306 升至 552umol/L，原方加桂枝 15g，茯苓 30g，服用 7 天胆红素降至 392umol/L，77 天降至正常，二次肝活检大部分病变明显修复或改善。由此看出，苓、桂不仅无损机体之气血阴阳，反可加速黄疸消退及症状改善。又如患者温××，以"急性黄疸性肝炎"入院，经用中、西药物治疗半年余，最后演变为慢性重型肝炎。半年来食而无味，尤其对肉食，闻其味即吐。服用苓桂术甘汤加减 1 周后，症状明显改善。

（贺江平）

尚尔寿　　辨治进行性肌营养不良症的经验

进行性肌营养不良症是以始自肢体近端肌群，两侧对称的进行性消瘦和无力为特征，由遗传因素所致的肌肉变性疾病。本病多属于中医痿证范畴。痿证是指肢体痿弱不用，日久肌肉削瘦，不能运动的一种病证。多数医家根据《素问·痿论》的"五脏因肺热叶焦，发为痿躄"，"治痿独取阳明"的理论，认为五脏火热，或湿热内侵，或肾阴不足，或脾气虚弱为其病机，治疗亦多以补脾肾，清湿热为主。尚尔寿老师不落巢臼，对本病病因病机及治疗方法有独到的见解和经验，现介绍如下。

以肝风为主辨证

尚老师对本病的辨治多以"肝"考虑。进行性肌营养不良症属遗传性疾病，由于父母肾虚体弱，导致小儿先天禀赋不足是本病的主要原因。肾藏精，肝藏血，精血互生，肝肾同源，肾精亏虚导致肝阴血不足。"肝主身之筋膜"，筋的主要作用是"主束骨而利关节"，与肢体运动密切相关。若肝的阴血不足，筋脉失养，筋膜痿弱，则肢体痿软，活动艰难，四肢不能随意运动，发为痿证。故本病早期即出现腰腿无力，走路延迟等症状。肝为风木之脏，体阴用阳，其性刚愎，主升，主动，肝阴血不足，日久必致肝阳化风，以成肝风内动，风动则摇。所以本病的表现，可以原来的腰腿无力，行路易跌逐步发展到走路摇摆如鸭步。晚期可出现筋脉拘挛，肢体挛缩等证。

脾主肌肉、四肢，有两层含义，一方面脾具有运化功能，将水谷精微输送到肌肉四肢，为之营养，使其发达丰满，臻于健壮；另一方面四肢肌肉的正常运动，能促进脾的运化，两者互为因果。本病由于肝肾不足日久，筋膜失养，以致肢体运动障碍，从而导致脾运化失调，而成脾虚之证。脾虚气血生化无源，不能濡养肌肉，在本病的晚期可出现明显的肌肉萎缩。脾虚运化失职，水湿停滞，酿生痰浊；气虚无力以推动血液运行，渐致血瘀之证。痰浊血瘀互结，留着肌肉，阻滞经脉，日见局部肌肉假性肥大，肌肉变硬。

综上所述，本病主要涉及的脏腑为肝、脾、肾三脏，而肝为其病理变化的核心。从肝阴血不足到肝风内动，以致影响它脏，贯穿在本病的全过程。

从肝从风论治

尚老师针对本病的病机特点，根据自己多年的临床经验，把治疗本病的着眼点落在肝上。从肝风论治，制定出以平肝熄风为主，补益肝肾为辅，佐以健脾益气，祛痰通络的治疗原则研制了复肌宁胶囊和复肌宁汤。

复肌宁胶囊：明天麻 60g，全虫 60g，蜈蚣 30 条（去头足），地龙 30g，牛膝 20g，杜仲炭 30g，生黄芪 30g，共为极细末装胶囊，每粒含生药 0.5g。每次 3—5 粒，每日 3 次。

方中天麻消风化痰，全蝎、蜈蚣、地龙平肝熄风通络。尚老师认为全蝎、蜈蚣为镇静强壮药，能治诸风掉眩，为神经科常备药物，临床观察患者服用后多感觉肌力增强。现代药理研究表明蝎毒素[illegible]用。牛膝、杜仲，补肝肾，强筋骨。黄芪益气健脾。方中天麻及三味虫药平肝熄风为主，配牛膝、杜仲补益肝肾，黄芪健脾，共奏平肝熄风，滋养肝肾，健脾益气之效。

复肌宁汤方：珍珠母20g，牡蛎20g，白僵蚕10g，枸杞子15g，杜仲炭15g，党参15g，生黄芪20g，胆星10g，佛手10g，姜夏10g，菖蒲15g，伸筋草15g，桃仁5g。水煎服，每日一剂，剂量可随年龄增减。

王旭高曰："如熄风和阳不效，当以熄风潜阳。潜阳之法，莫如介类为第一要药。方中用珍珠母，牡蛎平肝潜阳，僵蚕祛风化痰，三药共助胶囊剂中全蝎、蜈蚣等平熄肝风。枸杞、杜仲补益肝肾，党参、黄芪益气健中。胶囊中虽有杜仲、黄芪，但对虚损程度较重的患者，就嫌病重药轻，故汤中重用黄芪、杜仲以增胶囊剂补益之力。胆星、佛手、姜夏、菖蒲化痰，伸筋草、桃仁通络。共奏平肝潜阳祛风，滋补肝肾，健脾益气，祛痰通络的功效。

复肌宁胶囊适用于本病的各个发展阶段，汤剂在病情较重或兼证较多时加用；胶囊主要针对本病病机要点和病本的共性，汤剂则是针对不同发展阶段的病机特点及病人个体的差异性，二者相辅相成。

方剂加减：

症见腰膝酸软无力，怕冷，小便清长，或遗尿，脉沉细无力，舌淡苔薄白者，属肾阳虚，于方中酌加巴戟天、补骨脂、狗脊、桑寄生等品。

症见腰膝酸软无力，五心烦热，舌红少苔，脉细数者，属肾阴虚，可取六味地黄丸意酌情加减。

症见面色萎黄，纳少便溏，四肢瘦削，倦怠懒言，脉沉细而缓弱，舌淡苔白有齿痕者，属脾虚，可取补中益气汤或六君子汤意酌情加减。

症见小便黄浊，口苦纳呆，舌苔黄腻，脉滑数者，属湿热，可于方中酌加知母、黄柏、苍术等药。

除服药外，合理调护是保证疗效的一个重要方面。

1、注意功能锻炼：由于患儿肢体无力，平时懒于运动，家长又虑其有病，不愿意让孩子活动。做适当的活动可以促进肌肉生长，并能增加食欲。尚老师制定出一套锻炼方法，要求患者在服药的同进做功能锻练操，以促进疾病向好转、痊愈方向发展。

2、避免寒湿侵袭：临床发现，部分患者在寒湿环境中病情加重，所以在调护中应特别注意保暖问题，嘱咐病人不要受寒，不要用凉水洗手、洗脚、不要游泳，以防寒气凝滞，收引血脉，以及湿气阻碍气机，损伤脾阳。

3、忌辛辣饮食。《素问·生气通天论》云："味过于辛，筋脉沮弛。"说明过食辛味食物，可使人的筋脉败坏而松弛，筋脉已经患病，更应忌用辛辣饮食，以免加重病情。

临床验证

尚老师自1985年开始设立了专科门诊，对复肌宁药物进行观察，到1987年治疗约600例患者，对其中238例作了初步统计，病情得到控制者49例（20.59%），症状好转者143例（60.08%），无效者46例（19.33%）。其中6例治疗前后活检有明显好转。1989年至1991年，采用日本厚生省肌萎缩研究班制定的评分标准，又系统地观察了24例DMD病人的治疗效果，结果症状体征积分值显著下降（$P<0.01$）。测试病人10米步行时间及登梯级时间，治疗后也有明显缩短（$P<0.05$）。血清CPK值治疗后反均下降率为69.02%（$P<0.01$）。LDH、GPT、GOT虽有下降，但无统计学意义。其中显效5例，有效14例，无效5例，总有效率79.16%。

典型病例：

赵××，男，6岁，河北省饶阳县人。病历号：45358。初诊日期：1992年3月12日。以双下肢无力3年，加重半年为主诉入院。患儿足月顺产第1胎，1岁半会走路，3岁左右家长发现患儿行走无力，易跌倒，走路摇摆，近半年来病情进行性加重，逐渐上坡、蹲立困难。饮食正常，二便尚调。舌质

淡红，苔薄白，脉滑数。患儿家族中无类似发病。肌肉及神经系统检查：肩胛带、骨盆肌及下肢近端肌肉轻度萎缩，双下肢腓肠肌假性肥大，质硬，翼状肩胛，Gower 氏征（+）。走路摇摆呈鸭步，略能慢跑。蹲立困难，需手扶膝盖，上下楼梯需扶膝单级行走。理化检查：肌电图示肌源性损害。血CPK1318.7IV/L，LDH526.9IV/L，GPT210.3IV/L，GOT99.2IV/L。西医诊断：进行性肌营养不良症（DMD 型）。以复肌宁胶囊及复肌汤加减，药物治疗为主，辅以针灸，功能锻炼。治疗一个月，患儿肢体活动较前有力，跌跤明显减少。化验 CPK 酶降至 69.8IV/L。LDH、GPT、GOT 无明显改善。患儿出院后继续服用复肌宁胶囊，停用汤剂。随访 4 个月后病人症状体征明显好转。走路步态基本正常，能如正常儿童一样快跑，蹲立自如，不需扶膝，唯上坡稍感费力。双下肢腓肠肌明显缩小，变软。临床效果明显，继续服复肌宁胶囊巩固疗效。

（黄坤强）

陆芷青　　痰症证治举隅

陆芷青教授，毕生潜心医学，娴熟经典，精于内科，善治时病及疑难杂症，对痰证的研究亦颇具匠心。陆老认为，"痰生百病，食生灾"。痰之为病，无处不到，或阻于肺，或停于胃，或郁于肝，或动于肾，或蒙蔽心脑清窍，或流窜经络，变生诸症。故前人有"怪病多痰"、"百病皆因痰作祟"之说。陆老治痰，不仅辨证准确，立法恰当，而且选药组方，曲尽其妙，充分体现了中医"见痰体治痰"的治疗特色和整体观念。今就陆老对部分内伤杂证从痰论治的经验体会择要整理如下：

风痰上扰　卒然中风

陆老认为中风病理过程中，虽有风、火、痰、气、血等诸多因素，然"痰"是一个特别重要的病理因素。他崇丹溪"中风大率主血虚有痰，治痰为先"之言，且将化痰之法贯穿整个治疗过程。陆老治痰浊阻闭，首推麝香。因为麝香走窜，能通诸窍之不利，开经络之壅遏。凡痰浊壅闭经络，孔窍不利者，皆可用以开之遏之。其它如石菖蒲、郁金、远志也为常用之品。而对闭证开窍则应做到：一早，即及时应用。若闭能开，可转危为安；闭而不开，预后不良。二辨证，应辨阳闭或阴闭。阳闭用安宫牛黄丸，阴闭用苏合香丸。也可用通关散，取嚏开窍。三反复运用，至神志清晰即止。

例1：朱××，男，77岁，初诊1990年8月18日

有高血压病史，晨起解手，突然昏仆，不省人事，喉间痰鸣，苔白腻，脉弦。此乃肝肾素亏，阳亢动风，挟痰上扰，痰火阻窍，治当潜阳息风，化痰通络，豁痰开窍。处方：安宫牛黄丸1粒(化服)、羚羊角2g(另炖冲)、寒水石、钩藤各12g、胆星、僵蚕、地龙、牛膝、天竺黄各10g，竹沥一支(冲服)。2剂后，神识转清，语言尚謇，右侧肢体偏废，原方去安宫牛黄丸再进3剂。8月22日三诊，语言不利，身疼胸闷，以原方去寒水石，加石菖蒲、橘络、桂枝、红花各5g，丹参30g，桑枝20g。调理至9月4日神识清楚，语言流利，然右上下肢仍瘫痪不用，拟补阳还五汤出入调理半年余，右侧肢体活动正常，行动自如。

痰阻经络　半身不遂

"中风"经治险证解除，但往往留下半身不遂，或口眼歪斜，或语言不利之后遗证，此为风痰入络，痰淤阻滞之故，治当活血化瘀，祛痰通络，大多用补阳还五汤增损治之。陆老认为此虽为对症之剂，但亦须辨证运用。若病人六脉细弱，头不昏重，面色苍白，用之不妨。若脉象弦滑有力，头痛眩晕，而色微红，则为有火气上冲，虑黄芪升补，决不可用。若骤用之，恐有痰火复燃之虑。对痰火炽盛，腑气不通之症，一般清火化痰法多难奏速效，唯釜底抽薪，泻下通腑，可立竿见影。陆老每用制军12g合枳壳10g泻下通便，作用稳妥，不伤正气。

例2：钱××，男，72岁，初诊1992年3月9日。

患者十年前中风，经治已愈。去年11月第二次中风，经住院治疗，右侧肢体不遂未除，自动出院。近日感觉症状加重前来求治。刻下，头而灼热，胸闷心悸，头晕胀痛，语言不利，右侧偏瘫，纳呆，便秘不畅，舌红苔黄腻脉弦滑。血压24/13.3kPa。此为痰瘀阻络，日久化热化风，风火相煽，挟痰上

扰，治宜清热熄风，祛痰化瘀，泻下通腑。处方：羚羊角粉1g(分吞)，寒水石、石膏、滑石各30g，钩藤(后下)、滁菊、桑寄生各15g，茺蔚子、牛膝、地龙、胆星、蒌皮、枳壳各10g，制军12g，丹参30g。3剂药后大便畅，腑气通，去大黄、枳壳。随证加减调治近一月，头晕胀痛，胸闷心悸均除，语言渐清，血压正常(20.0/11.3kPa)。而右侧手足瘫软无力，此乃肝风已平，痰瘀松动，但因日久正气损耗，筋脉失养，正不达邪。处方用补阳还五汤、涤痰汤合地鳖虫、僵蚕、川断、桑寄生、杞子加减治疗，症状逐渐减轻，至7月27日，诸症悉除，语言清晰，能策杖而行，再和金水六君煎加减调理善后。

痰湿中阻　头晕目眩

"眩晕"一证，临床以痰湿中阻较为常见。故前人有"无痰不作眩"之说。陆老治湿痰喜用半夏、南星。他说，半夏、南星可燥湿邪，湿去土燥，痰涎不生。陆老治眩晕常用天麻、半夏。对李东垣"足太阴痰厥头晕非半夏不能疗；眼黑头旋，虚风内作非天麻不除"之说体会较深。临床辨证配伍运用，屡用皆效。

例3：叶××，女，31岁，初诊1992年3月11日

患者头目眩晕，胸闷恶心，有时呕吐，纳呆，肢面浮肿，苔白腻脉沉细。此为脾虚水泛，痰浊中阻，清阳不升，浊阴不降，治当燥湿化痰，健脾化饮。处方：茯苓15g，半夏、白术、天麻、泽泻各10g，陈皮、桂枝各5g，蔻仁3g，生姜3片。上药服7剂，诸症改善，去生姜、豆蔻续服28剂，诸症告痊。

痰湿困脑　年老痴呆

老年患者，脾肾诸脏功能衰退，阳气衰微，化源匮乏，精血不足，髓海空虚，则心脑失聪，智力衰退；阳气衰微，脾运失职，水泛为痰，痰浊困脑，元神受蒙，则视、听、语言障碍，病为老年痴呆。痰浊流注经络，则肢体活动受限，震颤麻木或废痿不用。对此类痰证，治应培补命火，以振阳为先。并要求家属对患者多予关心。

例4：王××，男，68岁，初诊1990年4月18日

3年前丧偶，孤独忧郁，记忆力进行性减退，畏寒肢冷，纳少便溏，步态不稳，口泛痰涎，痴呆少动，舌淡体胖，苔白腻脉沉迟。证属脾肾阳虚，痰湿困脑，元神失养。治宜温阳健脾，涤痰化浊，处方：附子(先煎)、白术、半夏、茯苓、苍术、郁金、僵蚕、胆星各10g，干姜、石菖蒲、陈皮各6g。上方服14剂，纳增便调，口中痰涎减少。继服月余，四肢温暖，纳便正常，行动自如，生活已能自理。

痰淤心脉　心悸怔忡

心悸怔忡，有由心阳虚、心血(气)不足、七情不和，或痰浊蕴结，瘀血阻滞所致。陆老治心悸怔忡属痰淤心脉者，常用清心生脉饮(自拟方)加减。方中党参、元参、北河参、麦冬、五味子益气养阴；丹参、降香、郁金行气活血化瘀；瓜蒌皮、薤白通阳散结，涤痰下气；川连、苦参有清心定悸。全方融益气养阴，清心解毒，化瘀涤痰为一炉。以上药物经药理研究证实有强心与改善心肌营养作用。川连有抑制流感病毒，苦参抗心律失常作用，临床应用，随证加减屡获效验。

例5：周×，女，39岁，初诊1991年9月4日

患病毒性心肌炎、心律不齐已二年。近感胸闷隐痛、心悸恶心、头晕，舌胖有齿痕，舌下静脉瘀紫，苔白腻脉沉有歇止。心电图示：频发室性早搏。证属心气不足，痰瘀阻滞，治宜益气助阳，化痰祛瘀，宁心定悸。处方：丹参30g，党参20g，郁金、蒌皮各12g，竹茹、半夏、薤白各10g，陈皮、枳壳、降香、远志各6g，桂枝3g，益母草15g。服药7帖诸症减轻，原方出入调治二月诸症消失，心电图复查恢复正常。

痰滞络脉 顽痹肿痛

痹证虽多因风寒湿三气杂合而成，但对某些久治不愈之痹证，常与“痰”相关。《类证治裁》云：“痰在经络则肿，在四肢则痹。”由于本病病程较长，日久气滞血凝，往往外邪未去，内邪痰瘀又生，从而形成风湿入络，痰瘀痹阻的病理变化，故治疗必须以祛邪通络为原则，邪气一去，络脉舒通，痹痛自可缓解。陆老治痰瘀顽痹常在祛痰活血基础上，佐以透骨搜络之虫药，如：乌梢蛇、蕲蛇、全蝎、蜈蚣、地龙之类。经临床验证，取效最捷。

例 6：陆××，女，55 岁，初诊 1990 年 5 月 12 日

有关节炎病史，近日复发，手指关节肿大疼痛，活动受限，膝踝关节肿胀微红，疼痛拒按，局部有灼热感，步履艰难，舌红苔黄脉滑数。查血沉 45 毫米/小时，类风湿因子阳性。症为湿热久羁，痰瘀痹阻，络脉失和，治宜清热利湿，化瘀祛痰，通络止痛。处方：苍术、川柏、胆星、僵蚕、桑枝、牛膝、威灵仙、忍冬藤、桃仁、白花蛇各 10g，桂枝、红花各 5g，生地 18g。另服雷公藤片，每次 2 片，日 2 次。上方共进 14 剂，肿痛有减，灼热消失，原方增损，再服 30 余剂，关节肿痛基本消失，肢体活动恢复正常，复查血沉正常、类风湿因子阴性，临床近期获愈。

气郁痰凝 颌下肿块

气、痰、血三者郁结壅滞于皮里膜外，则病名痰核。由于发生部位不同，病名各异，或瘿瘤，或瘰疬，或乳癖，或梅核气，而治则大体类同，陆老常以行气解郁，活血散结，化痰软坚、解毒消肿，诸法并施，并以选药精良，功专力宏，而获效验。

例 7：王×，男，35 岁，初诊 1992 年 6 月 25 日

患者自觉腮腺部位有一肿物梗压，疑为肿瘤，急来诊治。诊测肿块大 2×1.5 厘米，质中、光滑，有慢性咽炎史，无其他自觉症状，苔薄白，脉濡滑，诊为痰核。治以理气活血，化痰散结，清热消肿。处方：夏枯草 15g、野菊、浙贝、半夏、土茯苓、玄参、连翘、赤芍、紫背天葵、蚤休、僵蚕各 10g，牡蛎 30g，青陈皮各 5g。7 剂肿块缩少，14 剂竟获痊愈。

结 语

陆老治痰除尊先人“治痰先健脾”、“老年体衰，以振阳为先”之旨外，还特别注意以下几点：

1、治痰先调气　痰湿内生，乃气虚或气滞也。虚则气不能行，滞则津凝，故治痰必先治气。虚者补之，滞者疏之，逆者降之，散者敛之。观陆老用药，常选蒌皮，薤白，枳壳，陈皮，木香，乌药等通调三焦气机；以绿梅花，佛手，香附行气解郁；以苏子，旋复花，代赭石降气平之；以青皮、枳实破气散之；以参、芪、白术补之；以五味子，萸肉敛之。

2、治痰必求本　陆老指出：痰为病之标，善治者治其生痰之源。认为痰乃津液所化，有因外感六淫之邪影响肺脾胃升降功能而生；有因多食甘腻肥腥茶酒而生；有因本体脾胃阳虚；有因肾虚水泛；有因气郁，痰火蒸熬而变生；有因虚火上烁肺液而生者……，故治之以祛邪，消导，健脾，益肾，理气，解郁，滋阴，清火为主。则不治痰，而痰自消矣。

3、痰瘀须同治　痰缘于津，瘀成于血，人体津血同源。痰瘀往往相因而生，相兼为病，故应痰瘀同治。陆老痰瘀并治中风偏瘫，产后癫狂，心病惊悸，风湿顽痹，痰凝肿块……皆奏效显著。

（马瑞平）

颜德馨　　治疗狐惑病经验

狐惑病首先载于《金匮要略》，即蚀于喉为惑，蚀于阴为狐之谓，与西医的白塞氏病相近。祖国医学认为，早期多由感受湿热毒气，或湿邪内侵，郁久化热，日久成瘀，或热病后余毒未尽以致热毒内攻而致。中晚期多由汗、吐、下太过或苦寒过剂，以至中阳受损，脾虚聚湿经久酿热或亡津伤阴，阴虚火炎灼烁津液湿热丛生而成。因此，湿、热、火、毒、瘀是本病的病理基础，上攻口眼，下注二阴，外犯肌肤，入血为斑，内侵脏腑，涉及肝脾肾诸脏。早期一般多为实证，中晚期多为本虚标实，或正虚邪恋。

颜德馨教授理论精详，治法上多有创新，且验之临床有效。根据狐惑病常见症状，分为三种类型，创制三方。今撷其要，探述如下。

肝脾湿毒　常法清热解毒

狐惑病多因湿毒为患。热毒内蕴，毒火熏蒸，结于脏腑，毒火扰及心神，则可出现发热，默默欲眠，卧起不安，甚则神情恍惚。蕴于脾胃则纳化受制而有厌食恶心，漾漾欲呕。毒火循经，上攻于肺系，下注于外阴而发为口腔、咽喉、外阴部溃疡。颜师习用新加黄芩黄连汤。

方药组成：黄芩、黄连、生石膏、知母、金雀根、徐长卿、赤芍、银花、鲜生地、苦参、升麻、甘草、赤小豆、木通等药。

取芩、连、银花、升麻、甘草清热解毒，配以石膏（重量）、知母加强清热之力，赤芍、生地凉血，赤小豆渗湿清热，解毒排脓，再加利湿之木通，化湿止痒之苦参，共奏清热解毒、凉血渗湿之功。金雀根清肺，活血通脉，徐长卿利水消肿，活血解毒，参于各型中能促进疗效。

并可配合外治法：

一、野蔷薇根 30g 煎水漱口或以珠黄散、西瓜霜等外搽治口腔溃疡。

二、前阴溃疡用苦参 30g，蛇床子 15g 煎汤熏洗，因其能杀虫解毒化湿。

三、后阴溃疡用雄黄撒艾叶团上熏之，也能杀虫解毒。

案，王某某，女，37 岁。

病经多年，咽喉红肿，心烦面赤，二便不利，下部溃烂，痛痒交作，坐卧不宁，脉滑数，舌苔黄，湿热蕴毒侵蚀而致。先拟清热化湿，凉血解毒。新加芩连汤内服。外用：苦参、蛇床子煎汤熏洗下部，珠黄散、锡类散吹口。经治后诸症已减，二目仍红肿，胸前红斑累累，湿毒已有外泄之机，再宗旧制加清营泄毒之品。二调后，病情渐趋稳定，局部溃疡痒痛均减轻。除邪务尽，改汤剂为丸方，常服以求巩固。

血分瘀热　活血清热化瘀

本病既因感受湿热而致，热邪侵犯，煎熬血液热迫血动而溢出脉外，即可致瘀。《金匮要略·肺痈肺痿咳嗽上气病脉证治》说："热之所过，血为之凝滞。"王清任也说："血受热则煎熬成块。"而且此类患者情绪紧张，忧思郁怒，致肝郁气滞，日久也可致瘀。临床多见巩膜瘀丝、肢体肿 胀疼痛，肌肤

甲错和色素沉着，且可见注射部位溃烂脓肿。这时可从气血失衡立法，用“衡法”调其血气而致平和。此法直接作用于血分，临床多有验者。

颜师习用红紫解毒汤。方由水红花子，紫草，丹皮，赤芍，生鳖甲，丹参，黄柏，生槐米，生米仁，水蛭粉，制军，水牛角，川牛膝等药组成。

取水牛角清热凉血散血，加黄柏，牛膝以冀湿热下趋。另取水红花子大剂，生鳖甲，生槐米等活血化瘀。其中水红花子散血，消积止痛，水蛭破瘀。全方融活血化瘀，利湿解毒于一炉，对此型最为合适。

颜师说，水蛭必用，能破血消瘀，有较强抗血凝作用，生用粉剂吞服最佳。三棱、莪术，破血祛瘀，消积止痛，凡一切血凝气滞之证均宜投之。紫草清血分之热毒，有犀角之功。

案，陈某某，男，42 岁。

常年游泳，水湿之邪外侵。形体丰腴，肥人多湿。两湿相合，郁而化热。湿热下注而见下肢肿胀疼痛，热毒蕴于肌肤而见手臂，臀部溃烂。病久入络为瘀，瘀阻于气血，而见眶周黧黑，巩膜瘀丝。两手臂可见 3×4cm 红斑，而下肢胫骨处搔破血痕，右下肢腓肠肌处有 2×2cm 色素沉着。生殖器未见溃疡，而臀部注射部位溃烂。先以红紫解毒汤药后，两足肿胀、口腔溃疡均减，两手臂疼痛同前，再加徐长卿、金雀根活血定痛。调治一月，两手臂静脉穿刺点结节已消，红斑也退，注射部位溃烂及灼热感均除，两目视力增进，病情缓解出院。

目赤如鸠眼　清泄肝家之风热

狐惑病因湿热内蕴，不能宣泄，易上攻于目。此乃血中之热随肝经上注于目，蓄热不解，湿毒不化，即将成痈脓的征象。一般来说，眼部症状往往是本病经过二三年反复发作后才出现。最初表现目赤，并可兼见畏光肿痛，目力日减，甚至两目由红赤转为暗黑，最后可以致盲。此时应抓住一个“肝”字，运用泻肝药以清泄肝家之风热。

颜师习用羚羊土茯苓汤。方由羚羊粉，土茯苓，蚤休，赤芍，石燕，胡黄连，黄柏，银花，丹皮，赤小豆，当归，紫草，山栀等药组成。

取羚羊粉清血热，平肝以制邪火。土茯苓清热解毒，且量独重。蚤休，黄柏，银花也解毒。丹皮，赤芍凉血。赤小豆渗湿。当归，紫草活血散瘀。全方具清肝泻火，解毒利湿凉血之效。颜师说，目赤肿痛较剧乃邪势鸱张，可用羚羊粉吞服，病势顿挫后即去之。

对热毒较甚者也可选用紫雪丹 1.5g，一日二次。

案，严某某，男，33 岁。

始而左侧眼睑肿胀，眵多，并见目赤肿痛，羞明流泪，下颌及下肢斑疹。它院投以二仙汤合三蛇合剂，以阴阳并调，化瘀清热。左目胀痛不减，眼睑浮肿，视物不清。继之两下肢皮疹可见搔破血痕，伴头痛心烦，夜寐不酣，拟诊为“白塞氏病”入院。旋以羚羊土茯苓汤内服，诸症渐瘥。去羚羊代以水牛角凉血清热，治疗一月，左眼红肿消退，肌肤皮疹已除，症状好转出院。

（魏铁力）

赵棻　治疗隐匿型慢性萎缩性胃炎经验

慢性萎缩性胃炎一般有胃脘痞满，胀闷作痛，嗳气，纳少或面色无华，消瘦，乏力，腹泻等症状，亦有不少患者无明显症状，只偶尔在进食后有轻微的胃胀或不适。笔者跟随赵棻教授临证学习中接触数例无明显症状慢性萎缩性胃炎，现将学习中的体会略述如下。

对本病的认识

本文"隐匿型"是笔者自拟，针对临床主观感觉症状不明显而言，但舌、脉已有变化，由于患者不知医，无法辨识和感受，似乎身体很正常。对于此类病人，如何进行辨证施治，是临床上一大难题。中医治病，必须审证求因，辨证论治。没有明显症状，不能形成和显示证候，如何进行辨证治疗。虽说舌、脉可资凭证，但单凭舌、脉，亦不够全面。中医强调"四诊合参"，尤其"问诊"在临床诊断上占有十分重要地位，缺少问诊资料，给辨证带来很大困难。为此，医者必须开拓思路，寻求新的途径，即将辨病和辨证相结合，借助现代医学的临床诊断作为中医辨证参考，大胆地进行探索并指导临床治疗。

临床资料的收集

一、胃镜的直视和粘膜活检

通过纤维胃镜的观察，可见粘膜的颜色从正常的桔红色变为灰黄、灰白，或红白相兼，以白为主。粘膜皱襞细小或消失。粘膜内固有腺体减少或萎缩，以致整个粘膜变薄。通过变薄的粘膜，可见粘膜下小血管。

病变粘膜有炎症细胞浸润。间质中有纤维组织增生。局部有异常化生，如肠上皮化生和不典型增生，其中重度者与早期胃癌难以区别。此外还有"息肉"出现。

在萎缩性胃炎，尤其在浅表—萎缩性胃炎的病变粘膜上有充血、水肿现象。有时表面粘膜因炎症造成剥脱，形成糜烂。在糜烂处，有新旧出血点、瘀块，有的覆盖着炎症分泌粘液或形成渗出性白膜样物质。

二、胃液的分析

通过胃液分析，大部分患者胃酸减少或缺乏，内因子不足，胃蛋白酶原减少，胃泌素分泌低下。

三、前列腺素的测量

前列腺素广泛地存在于人体各组织器官，消化系统各器官都能合成前列腺素，而在胃粘膜中含量较为丰富。学者研究证明，慢性萎缩性胃炎的粘膜中前列腺素的含量明显减少。

四、免疫功能的判定

通过对细胞免疫和体液免疫的测定，得知免疫功能下降或紊乱，这是胃粘膜致萎的一个重要因素。

五、幽门弯曲杆菌的感染

近几年的临床研究，比较明确地提出幽门弯曲杆菌的感染与萎缩性胃炎的生成和发展有密切关系，多数患者受到感染。

六、胆汁返流

通过纤维胃镜的观察，在没有胃切除或胆囊切除术后，亦可见到黄绿色、泡沫粘液状物返流入胃，这便是胆汁返流现象。

七、中医的舌象、脉象

1、舌象

舌质淡红为多见，余为淡红舌兼暗晦、瘀斑，或舌体胖嫩，边见齿印等。红舌较少出现。

舌苔为薄白，但常见的是白厚苔和黄厚苔，在白、黄苔基础上兼见腻、浊苔，或滑苔。黄苔的颜色可深浅不一，同时有舌干少津，舌面粗糙表现。

有的患者表现少苔或剥苔。

2、脉象

最常见是弦脉，余为濡脉、细脉、弱脉。可有相兼脉象，如弦细。数脉、涩脉，所见甚少。

病因、病机与治则

根据上述临床资料分析，胃粘膜皱襞、颜色的变化，固有腺体细胞减少，粘膜变薄，病灶发生在胃本体。中医认为脾主运化，胃主受纳，共同完成饮食物的消化吸收。脾胃为气血津液生化之源，后天之本，因此脾胃虚衰，气血不荣是客观存在。

前列腺素广泛存在人体各组织，起局部调节功能，在精液、脑、胃粘膜中含量较为丰富。有资料说明内服补肾益精中药，能提高体内前列腺素的含量，而萎缩性胃炎患者粘膜上前列腺素含量明显降低，提示本病存在肾中精气亏虚的潜在因素。

再从免疫功能的低下或失调来看，中医认为是正气不足，抗邪力弱的表现，虽与五脏六腑、气血津液有关，但多责先后天脾肾不足，再参之舌质淡，齿印，舌干少津，脉弦中见细弱等。总之，脾肾虚衰，元气不足，不能温煦胃腑，粘膜失去气血津液滋养，抵抗力下降，易受各种不良因素伤害，久之粘膜在慢性炎症基础上发生萎缩，犹如花草之枯萎不荣，这是本病的病机要点。治疗时应扶脾益肾，生化气血津液。此外，还应注意以下五个方面问题。

一、气滞血瘀

气为血帅，血为气母，气血荣活则生机旺盛。从胃粘膜颜色变化，糜烂处的出血和瘀块，以及间质纤维组织增生，提示病变处有气滞血瘀，瘀血不去新血不生，血瘀络脉的病理变化。因此治疗时，当理气活血，化瘀止血。

二、湿浊阻滞

湿为粘滞之邪，致病程久延难愈。水湿同类，从病因特性来看，炎症分泌物，粘膜水肿，皆符合湿浊之邪特点。若见舌苔黄腻，脉濡数或弦数，则为湿热内盛，治宜清化湿热；若见舌苔白腻，脉濡，则为寒湿内聚，治当温化寒湿。

三、气机紊乱

从总的来说胃粘膜变薄、萎缩，从局部来说反面出现异常化生和不典型增生，笔者认为这是正气不足，加之邪气侵袭，气机紊乱，气血失去平和，生理机能失控的表现。

四、病菌侵袭

近几年的研究，说明幽门弯曲杆菌的感染与萎缩性胃炎发病有关，西药胶体铋治疗，有一定效果，若用中药治疗，则不可因其为细菌，一味地套用苦寒清热解毒，抗菌消炎中药。病菌侵犯胃粘膜后，视人体阳气变化出现病理上的寒热偏颇。一般而言，胃阳旺者，多呈湿热型，宜选用苦寒燥湿药；脾阳虚者，常见寒湿型，可用苦温燥湿药。但用中药杀灭幽门弯曲菌，据临床观察，不限于苦寒清热

解毒类药，一些活血、凉血药，甚至某些温补药，也有灭菌作用，此中药理正待研究。

五、腑气失降

部分患者虽有胆汁返流，但无口苦、嘈杂等感觉。中医认为胆为六腑之一，以通降为顺，所以治当疏肝利胆，通降腑气。

方药加减与应用

赵棻教授根据脾肾虚衰，气血津液不能荣润的基本病机，自拟“胃慢萎复元汤”作为基本方，配药如下：

潞党参 15g，生黄芪 15g，麦稻芽各 30g，淮山药 15g，鸡内金 12g，青陈皮各 6g，菟丝子 15g（布包），枸杞子 12g，粉甘草 6g。

如见气滞血瘀，则加三棱 6g，莪术 6g，元胡 9g，佛手干 9g。

如有出血，加白芨粉 15g（冲），仙鹤草 12g。

如见粘膜灰黄色或糜烂，有淡黄色粘液覆盖其上，脉弦数，苔黄腻，加佩兰叶 10g，绵茵蔯 10g。

如见粘膜灰白或糜烂，有粘滑分泌物较多，脉弦或濡，苔黄腻，加苏梗 9g，藿香 9g，川朴 9g。

如有幽门弯曲杆菌感染，加蒲公英 12g，证偏寒者，再加苍术 9g；证偏热者，再加连翘 9g。

如有胆汁返流，加木香 7g，郁金 12g，川楝子 10g，金钱草 9g。

如有异常化生或增生，加乌梅 9g，桃仁 9g，红花 4g，赤芍 9g。

大便秘结者，加郁李仁 9g，火麻仁 12g。另取番泻叶 6g 泡茶，频频饮用。

大便粘滞不爽者，加枳实 9g，川厚朴量用至 12g，大腹皮 9g。

舌面津少或少苔，剥苔者，加石斛 12g，花粉 15g。有胃酸减少，加山楂 15g 或乌梅 12g。

典型病例

例一，罗某某，女，29 岁，营业员，福州市人，已婚。

患者从未感到胃脘郁有何病痛，偶尔摄食过多或聚餐后，稍感胃脘不适，亦不介意。后因体检，顺便行胃钡透，发现不正常，进一步做纤维胃镜检查，确诊慢性萎缩性胃炎，至此不知患病多久。据 1991 年 11 月 29 日，某医院胃镜检查，病理号（91—10487），报告：①胃弯后壁息肉 1.2cm×1.0cm。②慢性浅表—萎缩性胃炎。③HP（＋＋）。经过一番治疗，疗效不显，经人介绍，延请赵老师诊治。1991 年 12 月 3 日初诊，见舌质淡红，兼见晦暗，苔白中厚带腻，舌边有齿印，脉弦细。综合有关资料，断为脾肾虚亏，兼气滞血瘀，寒湿内聚。乃取“胃慢萎复元汤”，按兼症相应用药。患者间断服药半年多，于 1992 年 4 月 17 日，某医院胃镜复查，病理号（92—3041），报告如下：①胃弯后壁息肉 0.7cm×0.5cm。②窦大、体小，慢性浅表性胃炎。③HP　阴性。前后对比，疗效显著。治疗期间，医嘱：①禁食咸性、冷性、热燥性食物。②节房事。③患者自行艾灸足三里（双侧），中脘，日行二次，每次十分钟，以局部皮肤见红晕、有温热感即可。

例二、郑某某，男，53 岁，周宁县人，经商，家住福州市北门，已婚。

患者因工作需要，进行体检，胃钡透后，发现慢性胃炎。患者自觉奇怪，因平时从未感到胃脘有何不适，终日忙忙碌碌，不知病之何起。于 1991 年 4 月 18 日在某医院作纤维胃镜检查，病理号（91—3327），报告如下：①窦小，浅表幽门型粘膜，间质中呈急性炎症细胞浸润，固有腺减少，颈腺增生，部分呈轻度不典型增生。②体小，粘膜慢性轻度萎缩性胃炎伴中度肠化。③有胆汁返流现象。④HP（＋）。该患者由赵老师精心诊治，察其舌质淡红，左边晦暗，苔以黄色为主，或见厚腻，或转薄腻，舌面粘腻而少津。无口苦、返酸，二便正常，纳食尚可。脉以弦为主，或见细濡。断为脾肾虚亏，气津

不足，腑气上逆，湿热阻滞。乃取"胃慢萎复元汤"，按兼症酌情选药。其间因外感或公务出差，间断服药半年多。服药其间，医嘱：①注意饮食卫生，对姜、酒、辣和碱性食物当禁。②慎房事。③自行艾灸足三里。于91年11月7日，在某医院行纤维胃镜复查，病理号(91—9023)，报告：①浅表性胃炎。②HP阴性。。前后相较，疗效显著。

小　结

本文所论，患者胃粘膜上病变已相当严重，但在自我感觉似乎一如常人，因而在研究病机时，带有它的特殊性。

慢性萎缩性胃炎(包括浅表—萎缩性胃炎)是一种多发常见病，难于根治。其中症状不明显者，给辨证带来一定困难。本文试图借用西医诊断资料，参合舌脉，进行辨证施治，仅为尝试。经临床证明，疗效较好，此法可进一步实践。

慢性萎缩性胃炎，一旦辨证确立，便要按法守方，同时不可忽视饮食、生活因素的积极作用。此外针灸、按摩、精神疗法等综合治疗，是加速康复的重要方面。

（赵向华）

蒋文照　运用旋覆代赭汤的经验

旋覆代赭汤出自《伤寒论》第166条，仲师原为治疗嗳气所制。其方为旋覆花、代赭石、生姜、半夏、人参、甘草、大枣等组成。具有和胃化痰，重镇降逆之效。老师认为旋覆代赭汤之治疗范围甚广，非限嗳气一端。其方证之病机为胃虚肝乘，痰浊内阻，气机上逆。胃气虚弱，则肝木相乘，中焦失司，水谷不运而变生痰饮；痰阻气滞，升降失常则逆而向上。肺气上逆则见咳嗽喘息；胃气上逆则生呃逆、嗳气、恶心、呕吐；肝气上逆可见头痛眩晕；血随气逆上涌可致咯血、呕血。而中焦气机郁滞，胃脘疼痛遂生；痰阻气滞血瘀，胸痹心悸是作。本方和胃化痰降逆，诸疾可疗。

方以旋覆代赭名，说明两药为主，不可或缺。日人《伤寒论集成》曰："凡论中揭一物，以名于方者，皆一方主将，犹天之有日，国之有君，不可一日无者也。"旋覆花质轻性温，祛痰平喘软痞，轻可去实，诸花皆升，旋覆独降。代赭石质量性寒，具有止呕、平喘、止血、平肝潜阳、重镇降逆等作用。两者一轻一重，一温一寒，相制互济为用。而生姜、半夏和胃化痰；人参、甘草、大枣和脾养胃，安定中焦。随证或可损益变通。老师临证常以本方加减治疗呕吐，嗳气，恶心，呃逆，胃脘痛，厌食，眩晕，咳喘，咯血，胸痹，心悸等病症。盖方证机相合，而获异病同治之功。兹录验案如次。

例1：呕吐。

王某某，男，63岁。1991年6月7日初诊。呕吐伴腹胀一月余。去年12月因"胆总管结石"、"十二指肠憩室"，分别行内窥镜取石及胃大部切除术。近月来，胃脘胀闷不适，肠鸣时作，嗳气频频，饮食量少，食入须臾即吐，大便稍溏，苔薄白腻，脉濡细。治拟和胃降逆止呕。药用：旋覆花10g(包)，代赭石20g，姜半夏9g，蔻砂仁各5g(后下)，青、陈皮各6g，制香附9g，炒枳壳6g，炒苡仁20g，白茯苓15g。水煎服，每日1剂。

6月12日二诊，服药5剂，呕吐已止，嗳气亦平，腹胀稍减，纳谷不馨，苔薄白，脉细。治祟原法，调治1月，诸症遂愈。

按：《圣济总录》言："呕吐者，胃气上而不下也"。胃主受纳腐熟，其气主降。患者术后胃伤失和，水谷不化，湿聚胃中，气遂于上则生呕吐。胃虚湿阻，气滞上逆，虚实夹杂。老师辨析食入即吐，标急为要。投旋覆代赭汤去人参、甘草、大枣、生姜降逆止呕为先，加青陈皮、香附、枳壳、砂仁理气和胃；蔻仁、苡仁、茯苓化湿调中。湿化气降胃和，呕吐自止。

例2：呃逆

阙某某，男，27岁。1992年3月13日初诊。呃逆反复发作5月余。去年10月间练气功时，忽被他人敲打肩背受惊，遂生呃逆，胸闷心烦，腹部胀满，时有肠鸣，大便稀溏，入夜难寐多梦，苔薄白，脉弦细。治拟疏肝健脾，和胃宁心，降逆止呃。药用：旋覆花10g(包)，代赭石20g，姜半夏9g，郁金9g，川朴6g，制香附9g，绿萼梅6g，淮小麦30g，夜交藤30g，北五味6，白茯苓15g，炙甘草6g。水煎服，每日1剂。

3月27日二诊，服药14剂，呃逆未作，情绪稳定，大便转实，腹胀减轻。原方继进10剂。

按：呃逆由胃气上逆动膈而成。患者练功受惊走偏，气机逆乱，肝、心、脾胃等脏腑失调。肝郁逆乘脾胃，胃气上冲故呃逆；脾气不运则便溏；肝郁失于条达，心神失于安宁，则心烦不寐。方中旋覆

花、代赭石、半夏降肝胃之逆；香附、郁金、绿萼梅、茯苓、川朴、甘草疏肝健脾，理气和胃；淮麦、夜交藤、五味子宁心安神。脏腑气机调畅，胃气变得和降。

例3：胃脘痛

马某某，女，69岁。1991年9月7日初诊。胃脘胀痛半月不已，得嗳气或矢气稍减，急躁易怒，食欲不振，大便干结不畅，苔薄黄，脉弦。治拟理气和胃止痛。药用：旋覆梗10g，代赭石20g，郁金9g，蒲公英15g，制香附9g，川楝子9g，酒延胡9g，炙鸡金9g，全瓜蒌15g，炒枳壳6g。

9月14日二诊，服药7剂，脘痛已止，食欲渐增，苔薄，脉弦。治祟原旨，上方去川楝、延胡、加绿萼梅6g，佛手片6g，7剂。

按：本案缘由精神刺激，情志不遂，气郁伤肝，横逆犯胃，胃气阻滞，而生疼痛。诚如《沈氏尊生书》所言："胃痛，邪干胃脘也。……唯肝气相乘为尤甚，以木性暴，且正克也。"肝郁化火，气滞血凝，不通则痛，为其病机要点。故立法疏肝理气，清热和胃。旋覆梗易花，疏肝理气效尤佳；代赭石平肝清热，宣通郁结，故对肝胃不和，气郁热结之胃脘疼痛，每多选用。

例4：厌食

姚某某，男，66岁，1991年5月22日初诊。厌食反复19余年，加重2年。曾于1964年行胃大部切除术。10年前，恶饮食，食量减少，入夏尤显，至秋稍轻。去年始长年不思纳食，每餐至多半两，时吐痰涎，欲饮水，饮则腹胀泛呕，食入甘味每见汗出，形瘦便溏，苔白腻，脉沉细弦。治拟和胃化浊。药用：旋覆花10g(包)，代赭石20g，姜半夏9g，制川朴5g，藿香、佩兰各9g，蔻砂仁各3g(后下)，佛手片6g，绿萼梅6g，炒苡仁20g，炙鸡金9g，谷麦芽各15g。7剂。

5月29日二诊，泛呕已平，腹胀减轻，饮食稍有滋味，苔仍白腻，脉沉细。治仍上法。原方去绿萼梅，加炒白术9g。7剂。

6月5日三诊。诸症均有改善，食欲渐旺，每餐约食30—60g，苔白，脉沉细。治拟益气和胃化浊。上方去川朴、蔻仁、砂仁、加西党参12g，白茯苓15g，广木香6g，7剂。

按：《临证指南医案》云："纳食主胃，运化主脾。"胃腑失和，纳谷失职，厌恶饮食，虽责之胃，然脾胃相表里，脾喜燥恶湿，脾湿过盛，胃气受阻，纳食不馨。拟方初则和胃化浊为主，湿浊痰饮之标渐除，脾胃气虚之本则显，终以益气和胃收其功。

例5：眩晕

沈某某，女，67岁。1991年11月18日初诊。眩晕耳鸣反复20余年，加重1月。头昏而晕，前额牵及两侧太阳穴作胀，视物昏花，喉痰不已，纳呆神疲，两足乏力。血压24.0/14.4kPa。苔白薄腻，脉弦。治拟平肝潜阳，和胃化浊。药用：旋覆梗12g，代赭石20g，甘草9g，枸杞子12g，女贞子15g，旱莲草12g，石决明20g，明天麻9g，槐米20g，姜半夏9g，川朴6g，淮牛膝10g。7剂。

11月25日二诊，头昏已减，喉痰未已，体力渐增。血压19.4/11.3kpa。苔薄白腻，脉弦细。上方加生白芍12g，7剂。药后，告之血压稳定。

按：眩晕病机，《内经》首言："诸风掉眩，皆属于肝。"河间提出风阳化火说，丹溪主张"无痰不作眩"，景岳倡言"无虚不作眩"。老师认为，综合各说，证之临床，肝、痰、风、火、虚诸因多兼而有之，而旋覆代赭之主治，贴近病机。肝之病，有肝阳、风、火、郁等之别；虚之证，有气虚、精亏、血少肾衰等之异。临床须据证加减施治。患者肝肾阴虚，阳亢化风，又兼痰浊，故平肝化浊并进。

例6：咳嗽

康某某，女，38岁。1992年1月3日初诊。咳嗽气逆伴咽痛1月余。病起食桂圆后，自感咽喉灼热疼痛，咽红作痒，咳嗽气逆，痰少质稠，时有烘热，夜寐不安。曾服参类温补，未见好转。舌微红，苔薄白，脉细稍数。治拟养阴肃肺，清热化痰。药用：旋覆花10g(包)，代赭石20g，南北沙参各10g，

天麦冬各 9g，竹沥半夏 9g，杏仁 9g，炒黄芩 6g，浙贝母 9g，木蝴蝶 6g，佛耳草 9g，陈橼皮 9g，生甘草 6g。

守法三诊，服药 15 剂，咳逆告平。

按：本案肺阴素虚，食甘温滋腻而助内火，蕴湿成痰。痰火上结，咽喉红肿；肺失清肃，咳嗽气逆；阴津亏损，烘热内生。旋覆代赭加清润之品，可达养阴清肺化痰降逆之旨。痰热去，阴津复，清肃之职司，咳逆之症除。

例 7：咯血

包某某，男，41 岁。1992 年 2 月 21 日初诊。咳嗽反复 3 月伴咯血 2 次。素体虚弱，易感咳嗽，痰多色白，胸闷隐痛。去年 11 月 5 日痰中带血，经治而止，半月前又见痰血，时或咯出纯血，色鲜红。面白少华，形寒肢冷，体倦易疲。胸部 X 摄片提示两下支气管病变。苔薄腻，脉细。治拟益气固表，化痰和络。药用：旋覆花 10g（包），代赭石 20g，酒党参 10g，炙黄芪 15g，法半夏 9g，杏仁 9g，白茅根 15g，侧伯叶 9g，仙鹤草 15g，炙款冬 9g，炙紫菀 9g，陈橼皮 9g，炙甘草 6g。7 剂。

2 月 28 日二诊，药后痰少血止，胸闷隐痛减轻，原方稍作增损，调治 2 月而愈。

按：患者肺脾气虚，痰浊内阻。痰阻肺络受损，气虚血失统摄，故见咯血。旋覆花为化痰下气之要药；代赭石乃降逆止血之佳品，增补气摄血化痰宁络之药，标本兼顾，脾气得复，血能归经，无溢脉外；肺气得降，血随气行，无溢于上。

例 8：胸痹

金某某，男，56 岁。1992 年 3 月 18 日初诊。心胸憋闷疼痛反复发作已半年。诊为“冠心病”。疼痛作时，牵及咽颈胀滞不适。偶感心悸，苔白腻脉沉弦。治拟理气化痰，宽胸通痹。药用：旋覆梗 10g，代赭石 20g，瓜蒌壳 9g，薤白头 12g，姜半夏 9g，制川朴 6g，木蝴蝶 6g，绿萼梅 6g，郁金 9g，丹参 15g，酒延胡 9g，降香 6g，7 剂。

3 月 25 日二诊，心痛未作，胸闷仍然，苔薄白腻，脉细弦。原方去延胡，加川芎 9g，7 剂。

4 月 1 日三诊，胸膺霍然，心悸亦平。守方 7 剂，以善其后。

按：《类证治裁》言：“胸痹，胸中阳微不运，久则阴乘阳位而为痹结也。”心胸清旷之区，阳气不振而受阴邪之击，心脉为邪痹阻不通。所谓阴邪，以痰饮，瘀血为多见。《别录》言旋覆花能消胸上痰结；代赭石善镇逆、降痰、通痹；全瓜蒌、薤白通阳散结，行气祛痰；加半夏、厚朴、木蝴蝶化痰行气；郁金、延胡、丹参、降香活血化瘀。痰瘀行化，胸痹始通。

老师认为，旋覆代赭汤既适于外感病，更广泛用于内伤证。本方证属里虚挟实，累及脾、胃、肝、肺、心等脏。初在胃肝，后及肺心。临证凡具胃虚痰阻气逆者，便可选而用之。随证加减，更有进退从容之感。

（徐珊　阎亮）

于己百　　治疗萎缩性胃炎"五字诀"

于己百教授在胃肠系统方面疗效卓著、经验独到，深受医家和病家所推尊。今特将于教授治疗萎缩性胃炎"五字诀"整理出来，以飨同道。

萎缩性胃炎病情复杂，病位总不离"胃"

萎缩性胃炎是慢性胃炎的一种，其病理变化是以胃粘膜退化，胃壁变薄，胃腺萎缩为特征。胃镜检查，可发现胃粘膜粗糙，色暗或灰暗、红白相间，以白为主，或粘膜层变薄，充血，水肿。局限的萎缩区粘膜隆起，并可清晰见到粘膜下血管等病理改变。引起这些病理变化的原因和机理，现代医学认为主要与多种因素导致胆汁返流，致使胃粘膜长期处于炎性刺激，或与幽门螺旋菌感染等有关。中医则认为，本病常因饮食不节，七情内伤等多种原因损伤脾胃所引起。人体脏腑之间密切相关，病理上亦可互相影响，萎缩性胃炎就是以脾胃损伤为重点，多系统多脏器功能受累的一组综合症候群。因此，本病临床上可分脾胃虚弱，肝胃不和，肾虚胃寒，胃阴不足，以及湿热郁阻，气滞血瘀等不同证型。但于教授根据其多年的临床实践体会，明确提出，萎缩性胃炎病情尽管繁杂，然究其病位，则总不离胃。胃为太仓，主受纳和腐熟水谷。无论何种因素，何脏先伤，只要影响及胃，就会导致受纳和腐熟水谷功能的减退和衰弱。至其发展，则常因病程迁延，慢性耗损，以致于功能性的病变逐渐加重，进而发生了器质性的变化，最终促使胃中粘膜层组织出现病理性改变而形成本病。因此，对于萎缩性胃炎的辨证论治，虽可以不同角度去分析，但就其病位来说，必须抓住一个"胃"字。

萎缩性胃炎类于"胃胀"，主症强调"胀"字

萎缩性胃炎的临床表现，主要是食欲不振，胃脘作胀，或兼胃痛。针对这一临床特征，一般都将本病归结为中医的"痞证"范畴。认为本病与《伤寒论》中所说的"心下痞，按之濡"、"但满而不痛"的描述颇相类似。于教授则独树己见，他在精研经典和长期实践的基础上，将萎缩性胃炎归结到"胃胀"的范围，故于临证书写脉案时，每以"胃胀"名之。

考"胃胀"病名，最早见于《内经》，《灵枢·胀论》说："胃胀者，腹满，胃脘痛，鼻闻焦臭，妨于食，大便难。"从原文的描述来看，"胃胀"病的临床表现不仅有胀满不适的感觉，而且有胃脘疼痛、食欲不振等症状，更符合萎缩性胃炎的临床实际。以中医"胃胀"的概念去认识现代医学的萎缩性胃炎、较之以"痞证"去认识，更为合理，确切。因此，于教授强调，辨识萎缩性胃炎，关键要抓住一个"胀"字。"胀"为本病主症，乃气机郁滞所为。"胀"则中焦不畅，胃纳失司，故见食欲不振，纳谷不馨；"胀"则升降失和，胃腑不通，故见食后饱胀，痞满作痛。胃与脾同居中州，相为表里，"脾为胃行其津液"。今胃既失和，脾运亦滞，水谷不能化生精微，气血更无以生成。后天化源既乏，周身难得以充养而日见耗伤，故萎缩性胃炎患者每见面黄肌瘦，神疲乏力，食少便溏，健康状况日趋下降。临证时若能识得"胃胀"一病，则萎缩性胃炎的病证实质并不难掌握。

病机寒热互结，中宫虚满成"否"

人体气机贵在升降协调，而气机的升降协调关键又在于脾胃功能之协调。中医认为，萎缩性胃

炎以痞满胀痛为主症的一系列症状的出现，其机理主要就是脾胃升降失调，并由此而影响及脾胃的其它功能也随之失调。如脾主运化，胃主受纳，纳运协调配合，才能正常主持饮食物的受纳、腐熟、消化和吸收。脾为阴土，属湿而喜燥恶湿，胃为阳土，属燥而喜润恶燥。《临证指南医案》所谓“太阴湿土得阳始运，阳明燥土得阴自安”，是说燥湿亦必相济，才能维持脾胃的正常受纳和运化。而纳运的配合，燥湿之相济，又必须以脾升胃降作为必备的前提条件，才能正常体现。

从临床来看，引起脾胃升降失常的原因是多方面的，但较常见的主要是寒热互结，中焦痞塞。萎缩性胃炎患者大多属于脾阳虚弱而胃阴不足。脾阳虚弱则易生寒，胃阴不足则易生热。脾寒胃热则清气不升而浊气不降，必致寒热互结，清浊相杂，阴阳反作，天地不交，遂致胃脘痞满胀痛，纳呆食少便溏，诸证变生。清·刘默《证治百问》说：“痞满之‘痞’字，当从‘否’字为是。否满者，即中满之义也。无形之虚气，因营气不能分清利浊，天气不降，地气不升，所以天地不交而成否，否者，不能畅快，中膈胀满，即今气虚中满之症也。”又说：“中满形症，无非中宫虚满，不思饮食，食而不甘，强食亦多少可进，肢体虚萎，嗜卧懒言，意兴不扬，六脉微弱而无力，或虚弦而涩数。”刘氏这两段论述，一语中的，点破了脾胃升降失常所致病证的病机所在以及形症所见。这些描述与今之所说的萎缩性胃炎的临床表现颇相吻合。基于这些认识，于教授指出，要想正确把握萎缩性胃炎的病机，就必须从破解“否”字入手。

胃腑以降为顺、治胃重在和“降”

中医认识和处理疾病的特点是理、法、方、药，一气贯通。萎缩性胃炎的病位在胃，病症以痞满胀痛为主，病性为脾寒胃热；病机属寒热互结，中宫痞塞，以致于升降失常，胃气失和。因此，其治疗原则即须重在温脾清胃，平调寒热，消痞除胀，燮理升降。

升和降是脏腑气机的一个矛盾运动，脾主升清和胃主降浊是相对的。然就胃腑本身而言，其性主通降，以降为和。胃之正常的通降实际上是正常受纳的前提条件。由此可知，萎缩性胃炎所表现的胃脘痞满胀痛，纳呆食少，食不甘味等胃纳功能减退的症状，其矛盾的主要方面在于胃气失于和降。因此，治疗时则需重点采取和胃降气之法。只有胃气得以正常和降，胃纳功能才能得以逐渐恢复，脾运也才得健，气血化源也才能充足，从而促使机体尽快康复。根据这一原则，于教授强调，治疗萎缩性胃炎，必须重视一个“降”字。

于教授治病善用经方，治疗萎缩性胃炎也常以辛开苦降，平调寒热的半夏泻心汤为主方，随证加减。其基本方为：半夏 10g，黄芩 10g，黄连 6g，党参 12g，干姜 6g，赭石 20g，莱菔子 15g，炒麦芽 15g，山楂 15g，杭药 15g，枳实 10g，莪术 10g，炙甘草 10g。

半夏泻心汤原为仲景治疗误下伤中，以致少阳之邪乘虚内陷，结于心下，形成阴阳失调寒热互结，升降失常，虚实挟杂的心下痞满，或呕，或利的主方。于教授师仲景本意，又随证增损，引以治疗萎缩性胃炎，收效十分满意，其道理主要在于方中半夏能和胃止呕，散结消痞，以除痞满呕逆；干姜与半夏合，辛开祛寒以和阴，黄芩、黄连苦降泻热以和阳，党参、炙草扶正以助祛邪，可使中气得复，重用赭石、莱菔子、枳实、莪术降气和胃，消痞散结，旨在顺应胃腑通降之性，更加杭芍，取仲景芍药甘草汤意，一则酸甘化阴，以增胃液，一则缓急止痛，缓中补虚，麦芽、山楂消食开胃，增进食欲，与方中它药相配，可增强消食和胃之功。综观全方，寒热并用，苦辛并进，补泻兼施，标本兼顾，配伍得当，法度精良，服之可使阴阳和偕，寒热平调，升降复常，中气振作，萎缩性胃炎病证自可逐渐康复。

于教授一向主张辨病辨证结合，故在治疗萎缩性胃炎时，除在辨病的前提下使用基本方外，还常常结合临床辨证，灵活加减。如脾胃虚寒甚者加香附 10g，川椒 5g，以温中祛寒；气滞胃胀甚者加陈皮 12g，木香 10g，以理气消胀；肝胃气痛甚者加柴胡 15g，玄胡 12g，白芷 12g，以疏肝行气止痛；

失眠加炒枣仁 20g，丹参 15g；热偏胜去干姜，加玉片 10g，公英 30g；阴虚去干姜，加麦冬 15g，石斛 15g；瘀重去干姜，加丹参 20g；吐酸者加煅瓦楞 15g，海螵蛸 15g；等。此外，于教授还经常参考现代医学检验指标，以及现代中药药理研究的新认识，作为临床处方用药的依据之一。如萎缩性胃炎西医认为是胃癌前期病变，胃内除炎症外，常有粘膜隆起，粗糙不平等不典型增生，以及不同程度肠化的形态学变化，这些变化多属中医"久病入络"范畴，故治疗时每加用三棱、莪术等活血行气消积药以消瘀散结，抑制肠化，并主张加用黄药子或半枝莲等，以防止其癌变。

久病治须缓图，取效贵在"守"

用药如用兵，当守则守，当攻则攻。萎缩性胃炎病势虽缓，但病程较长，是一种慢性疾患。中医认为，久病多虚。本病之虚乃脾胃气阴不足，纳运动能减退，因而酿成虚痞，虚胀，故其治疗只宜缓图，不可骤攻，亦不可峻补。于教授强调，治疗慢性病要有方有守，取效贵在一个"守"字。所以他在临证时即本此精神，先以汤剂调治，获效后守方连服数十剂而不作过多的变动，如症状临时有变化，处方上也仅作一、二味之增减。为了服用方便，并有利于患者坚持治疗，于教授还常将已经取效之处方改汤为丸，再连服数料，以取"丸者，缓也"之意，缓图治本，以守为攻，从而达到彻底治愈，恢复健康之目的。此可谓于教授的方外之方，法外之法，这在萎缩性胃炎的治疗过程中也是不可忽视。

如于教授曾治一杨姓患者，男，38 岁，胃脘胀闷作痛十余年，1990 年元月作胃镜检查，诊为慢性萎缩性胃炎，轻度肠化。遍服中西成药，效均不佳。后于 1990 年 4 月求于教授诊治，初诊：胃脘胀满时痛，时有嗳气，呃逆，纳食少，不知饮，便微溏，舌稍红，苔薄白，脉沉弦。辨证为寒热互结，升降不调，胃胀作痞，治以平调寒热，燮理阴阳，和胃降逆，消胀除痞。处方：半夏 10g，黄芩 10g，黄连 6g，党参 12g，炙草 10g，赭石 20g，莱菔子 15g，莪术 10g，炒麦芽 15g，山楂 15g，瓜蒌 12g，鸡内金 10g，炮姜 6g。上方连服百余剂，后改汤为丸剂，又服 2 料。自觉胃不胀不痛，纳食亦增，诸证悉减。于 1990 年 11 月再次作胃镜复查，诊为浅表性胃炎。继以丸剂调治，以期彻底治愈。

综上可见，于教授治疗萎缩性胃炎经验丰富，见解独到。经他治疗显效的病例不下百余例，但归纳起来，其经验主要是"胃"、"胀"、"否"、"降"、"守"五字要诀，即病位上抓住一个"胃"字，病症上强调一个"胀"字，病机上突出一个"否"字，治则上重视一个"降"字，取效则贵在一个"守"字。这五字要诀正是于教授在治疗萎缩性胃炎过程中独具慧眼之处。

（张士卿）

王乐匋　　治外感热病运用附子的经验

王乐匋教授对于外感热病，既有独到的学术见解，又有丰富的临证经验。他认为伤寒和温病是前人在不同时代对外感热病的认识和命名，其实二者根叶相连；判定阳厥常可与闭证伴随而至，虽有“传经属热，直中属寒”之谓，但在一定条件下，阳厥亦可向阴厥转化；主张回阳之中必佐阴药，摄阴之内必顾阳气；创制一些邪正合治、寒温并用之方。今择其在外感热病治疗中运用附子的经验，介绍如下。

温邪内陷　肾阳不振者用附子

王老尝谓：“凡虚人感邪，虽自阳经传入，亦不可拘守于先有头痛发热等证，而以‘传经属热’一语印定眼目”。临床上，病在阳经，而中阳素虚，或寒凉攻伐太过，使正气不能托邪。此时，在病位上虽属阳经，却已经有阴经证候的成分了。如果辨证不精审，仓卒投药，则疗热未已，寒从内生，证见厥逆而脉弱沉细。即使尚有若干热象，如烦渴胀实，亦须考虑其人阳气之不足。王老于温邪内陷，伤及真阴而肾阳不振，无以托邪外出的病例，在加减回阳急救汤中果敢地运用附子，以助阳气，温经托邪，使邪气得药力一涌而出，转危为安。

章某，女，40岁。1957年5月22日诊。初起呕逆泄泻，继则寒热交作，曾就诊于附近一医，服藿香正气，三仁汤等剂而热恋不退。延至诊时，呕泻已止，口渴喜热饮，时时躁烦，而四末厥逆，面赤戴阳，神识时明时昧，舌色红，有如涂朱，并不干燥，脉来濡细少神。此由患者中阳不振，正气不能托邪，龙相之火飞越于上，乃由阳转阴，由实转虚之局。其舌赤如涂朱者，此所谓肾水凌心，逼其心阳外越之故。拟陶氏加减回阳急救方：红参（另炖）6g，生附片（先煎）6g，香甘草3g，北五味子3g，麦冬9g，细生地15g，煅龙骨15g，煅牡蛎18g，肉桂5g，另：六神丸20粒分2次吞服。服1剂后，神识渐清，面部阳色亦退，已不烦躁，四末厥渐温，舌色仍红，脉濡弱。本上方原意出入，再进一筹。吉林参（另炖）6g，生附片（先煎）6g，香甘草3g，麦冬9g，干地黄15g，煅磁石24g，另：至金丹1粒吞服。服1剂后，厥逆已回，神识亦清，舌红但已无如涂朱之状，拟予益胃阴法以善其后。

阳厥转阴，病情趋于危重阶段，这是两个截然相反的变局。如果一经误会，处理不当，则变生于俄顷。王老指出：“下焦温病，《温病条辨》中则重养阴而忽温阳，如名为护阴和阳汤却舍附子，未免偏颇。我早年行医乡里，该地为一严重血吸虫病流行区，所治病人中，有不少脾肾之阳不足的，这些人即患外感证，亦不典型，往往虚实相杂。结合临床实际来看，阳厥不是没有向阴厥转化的可能。”确是经验之谈。

湿重于热　阳被湿困者用附子

湿温证治，如湿从热化，伤阴劫津，以救阴通腑而生津液，与一般温病治无二法。如湿重于热，则发热缠绵，身热不扬，昏沉困倦，舌苔腻白，脉来濡缓，四肢烦疼。王老治疗此症，每多避开常法，而以附子为主，参芳香化浊之剂，以振阳气，则可湿开而热透，收效甚捷。

李某，男，50岁。1957年8月23日诊。湿热互郁，流连气分，漫布三焦，身热（39.2C左右）一候

不退。容色晦滞，胸脘闷塞，纳谷不香，便溏不爽，两足浮肿，日暮肿甚，苔白腻，脉濡而数。此脾肾阳虚之体，又感湿温病邪，邪气欲达而未解透达，热气薰蒸，湿邪重浊，阳不振则湿不化，湿不化则热不休，勉予温通阳气而化湿浊，解得湿开热透，庶可使湿热两分而病解。熟附片(先煎)9g，连皮苓15g，藿香梗15g，川桂枝4.5g，淡姜衣4.5g，五加皮9g，苍白术各4.5g，佩兰9g，通草3g，炒扁豆衣12g，范志曲9g，米炒荷叶12g，2剂。

二诊时大便渐实，日尚二、三起。湿热交混之象尚盛，仍本原意出入。

熟附片(先煎)9g，蔻仁3g，连皮苓12g，苍白术各4.5g，佩兰9g，淡姜衣4.5g，藿香梗6g，制川朴4.5g，通草3g，扁豆衣12g，范志曲9g，米炒荷叶12g，4剂。

三诊时，胸闷已舒，渐渐知饥思食，颈项胸膺之间，晶莹累累，苔黄腻渐化，脉濡而带数，阳气渐振，湿邪已有退机，热犹未除，拟再分解湿热。然脾肾阳虚之质，清润之品，用之宜慎，鞠通谓温邪之兼湿者，用药宜刚而忌柔，旨哉言乎！

熟附片(先煎)4.5g，鲜青蒿9g，川朴花4.5g，佩兰叶9g，石菖蒲4.5g，净连翘9g，藿香6g，蔻仁3g，赤苓9g，苡仁12g，通草3g，西滑石(包)12g，炒芩3g，青荷叶尺许，4剂。

上方服完2剂后，身热渐退，诸症悉减，嘱再服2剂，继以甘露消毒丹出入为方，续予分解湿热，最后用七味白术散加减，作善后调理。

湿温证中，邪留气分，充斥三焦，若素体阳虚，或久施重投苦寒之品，湿邪适逢阴寒之助而暗中滋蔓，阳气愈被湿困，无以透发，每多病程缠绵，病情复杂。王老对此则强调："用药宜刚而忌柔。不一定寒湿才会伤阳，湿为阴邪，湿温温热证，在一定条件下，同样可以伤阳。湿温病湿从燥化，往往余湿犹滞，即使燥邪一去，湿仍可卷土重来，出现'抽蕉剥茧'病情，加上阳虚之体，治疗中当用附子扶阳逐湿，使阳得援而振奋，湿浊之邪自然可逐。如蓦然投以清滋苦寒之剂，其势将不可挽回。"

热逼入营　中阳闭郁者用附子

热邪入营，病情多深重。王老于临症中，视其邪机变化而施以方治。如中阳闭郁，邪热逼入营分，以致邪气欲达不达者，则采取寒温并用，妙用附子，温其中阳，促营热外达，给邪以出路。

程某，男，6岁，1969年7月20日诊。患儿平素体质虚弱，营养不良，大便常溏薄，此次起病时高热烦躁，继则热恋不退，精神疲乏，神识时明时昧，寐时呓语，四肢清冷，大便溏泻，躯干部有出血点，色淡不荣，唇燥口干，舌红少苔，脉来虚数。此热逼入营，中阳闭郁，邪气欲达不达，颇虑正气不支而有内外虚脱之变。舒驰远有石膏与附子同用之法，虽未必尽合于本证之治，然寒温并用，为本证所当采取。遂拟：生晒参(另炖)3g，熟附片(先煎)3g，水牛角(剉，文火煎)15g，细生地9g，带心连翘9g，石菖蒲4.5g，川贝母4.5g，大青叶18g，银花12g，板兰根18g，局方至宝丹(去腊壳溶化服)1粒。服完1剂后神识渐清，寐时仍有呓语，余症如前。原方加辰灯芯一束，于二诊方中去灯芯、至宝丹，加炒白术4.5g，扁豆衣9g，米炒荷叶12g，1剂。服毕神色渐振，热亦渐退，溏泻已止。邪机已转，法当清透气分之邪热，参以顾护气阴之品：孩儿参9g，北条参9g，连翘9g，银花9g，鲜佩兰12g，碧玉散(荷叶包，刺孔)9g，2剂。服后热退神清，再予沙参麦冬汤合参苓白术散出入为方，善作调理。

邪热入营，临床病情万变，实难执一而治。但极力创造条件，透热转气，候其热达胃，使正气抗邪有力，则是治疗关键。王老在邪机欲达不达，正气不支而有虚脱之变的紧要关头，妙用寒温并用法，参入附子，使病邪解乘药势而达，挽回了变局，为热邪寻得出路，热势遂降，病情渐入坦途。

中阳不运　不能托邪者用附子

王老谓："治疗体虚中阳不运感召外邪之病，起初最难着手。不比壮实之体发表攻里，去邪除病

较为容易”。治此类病症，王老首重起手开局，防变于未然，可收到预期之效。

周某，男，70岁。1992年2月10日诊。厨师为业，外腴内亏，邪乘虚入，恶寒发热两天。精神不振，但神识尚清，舌苔淡黄而少津，脉来沉细无力。此由患者中阳不振，不能托邪，致使津少上承，舌干苔淡黄。必先挟其正气，温其中阳，俾得邪从外达，否则呃逆连连，势必内陷。药用：吉林参须（另炖）10g，熟附片（先煎）10g，生熟甘草3g，防风6g，葱白10g。嘱服1剂后，脉沉以起，淡黄少津之苔已转润，神色亦稍振。于前方中吉林参须、附片各改为6g，再服1剂后，阴象已退。方用：淡豆豉10g，桔梗6g，薄荷6g，连翘10g，炒山栀6g，　白10g，生甘草3g，淡竹叶8g，服完2剂，表解而病愈。

此案患者系古稀之年，阳虚之体，正气不固，御邪抗病能力低下，外邪乘虚入侵。病之初起，切忌寒凉，否则气机闭塞，郁不开则邪不达，每易邪气内逼深入，变生危证。王老用参附扶正温阳，助中阳斡旋，托邪气外达，故首剂即效。如此卓识良谋，实堪效法。

（任何）

王祖雄　　治疗胃脘痛经验举隅

王祖雄教授对内科杂病颇有研究，特别是在治疗脾胃病方面，造诣很深，积累了丰富的经验。笔者在跟师临证学习中，体会到王老师治疗胃脘痛疗效卓著，见解独到。现总结为四个方面介绍如下：

抓脾、胃、肝三个脏器

王老师认为，胃脘痛虽然定位在胃脘，但胃与肝、脾的关系甚为密切，治疗胃脘痛应抓住这三个脏器的功能变化。因为脾主运化、升清，胃主受纳、降浊；肝主疏畅气机，推动脾胃运纳和升降。并资助脾胃化生气血津液。若此三脏之间的功能相互失调，就会产生诸如肝胃不和、肝郁脾虚、脾胃虚弱等等与三个脏腑相互关联的胃脘痛病证。首先，胃脘痛是脾胃病的一个重要常见证，每多表现为脾胃同病，故应当脾胃同治。王老师说："脾气既虚，胃气也不足；胃阴既虚，脾阴也不足，故六君子汤、参苓白术散既补脾气，补胃气；养胃汤、增液汤既养胃阴，也益脾阴。"在强调脾胃同病同治的同时，王老师还指出，脾胃毕竟各有分工，喜恶也不同，故升补脾气要不碍胃降，滋养胃阴要不碍脾运，用药要轻灵不滞，刚柔相济。其次，肝气每易横犯脾胃。古人早就认识到"见肝之病，知肝传脾，当先实脾"。临床上胃脘痛每多因情志变动过激或持久所引起，又每因情志变动所诱发或加重。因此，王老师强调治胃脘痛必须考虑有没有肝（胆）的因素。

病案举例

李××，女，31岁，干部。患慢性胃炎5年，经常腹泻，面色㿠白，神疲乏力。近月来因情志不遂和劳累而发胃脘疼痛，脘腹胀闷，食少，嗳气，大便稀，每日2—3次，脉弦细，舌质淡红，苔薄白。笔者辨证为脾胃虚弱兼气滞，拟健脾理气和胃法，用香砂六君汤、平胃散合方，服药3剂后大便转佳，胃脘痛及脘腹胀闷略有缓解，继按原方加焦三仙、鸡内金又进3剂。三诊时述及胃脘胀痛反面加重，大便虽不稀，但排便不畅。遂建议病人第二天来请王老师诊治。王老师细阅病历后，指出："见患者有嗳气、呃逆、泛酸，应注意是肝胃不和的病机"。遂拟香砂六君汤、柴胡疏肝散合方进治，服药3剂后果然脘腹胀痛明显缓解，继用前方加金铃子散调治而愈，随访3个月未复发。

察饮食、胀满、大便、舌苔四个方面

王老师说："诊治胃脘痛这类脾胃病，要重点详察饮食如何、胀满与否，大便干稀、苔腻不腻，再结合脉象、病史、疼痛性质和全身情况，才能分辨标本虚实。"临床所见，胃脘痛患者每多伴有这四个方面的证候变化，而且这四个方面的证候变化反应敏感，客观可靠，既是辨证论治的指征，也是判断疗效的标准。因此，王老师认为，胃脘痛有一组证候，疼痛只是标，故即使用药后疼痛控制了，但如果饮食未增加，进食则胀满，大便仍不调，舌苔未改变，疼痛缓解也是暂时的，很容易复发，应继续调理。

病案举例

张××，男，40岁，干部。长期便溏，近3个月来胃脘隐痛，时有胀闷，日见消瘦。曾住某医院检查治疗，诊为"慢性胃肠炎"，服中西药疗效不佳，于1992年7月10日来求王老师诊治。患者胃脘隐

隐作痛，脘腹闷胀，不思饮食，稍多食则胀闷益甚，大便不成形10余年，近3个月来泄泻较重（每日3—5次），量不多；神疲乏力，思睡；舌质黯，舌苔长期黄腻。辨证属脾胃虚弱，气滞湿阻，治以健脾和胃，理气除湿，拟香砂六君子汤、平胃散、藿朴夏苓汤合方加减，前后三诊，服药10剂后，胃脘胀痛控制，饮食增加，大便也转好，惟舌苔仍黄厚腻。又拟异功散、温胆汤等方加藿香、佩兰、苡仁调理，诸证悉平，但舌苔仍厚腻。王老师说，舌苔未变，湿浊仍未尽，胃虽不痛，当继续健脾化湿。但患者以为舌苔长期如此，既然胃已不痛，不再服药。一个余月后，正值夏暑，因饮食不节，果然病发如前。王老师仍以香砂六君汤，藿朴夏苓汤，葛根芩连汤等合方，调治一月而安，待舌苔转薄方停药。

胃肠湿浊每反映在舌苔上。该患者嗜烟酒，近几月来因病重已戒断，但内湿既成，复感外湿，内外相合，缠绵难愈，治之不易；如抽蕉剥茧，宜缓缓图治，而舌苔的变化，确实是判断胃肠湿热进退的重要指征。

重脾（胃）虚、气滞、湿阻三个环节

王老师从丰富的临床经验中总结出脾（胃）虚—气滞—湿阻是胃脘痛发病的三个相互关联的重要环节，提出“补虚毋忘理气、理气毋忘除湿”的治疗原则。王老师认为，既然是“痛”，就是不通；无论虚实寒热，其不通者，总是与气有关；气虚者痛，气滞亦痛，气逆、气陷也痛，血瘀疼痛也多起于气滞。故气滞不通是主要的。气滞的原因很多，易被忽略的是湿浊阻遏气机。阳虚多挟寒湿，阴虚多挟湿热，饮食不节，过食辛辣、嗜好烟酒多挟痰湿秽浊。故除湿是理气的一个重要方面。

胃脘痛一证，属纯虚、纯实的都比较少，多数是虚实并见、寒热错杂。王老师的经验认为，治疗胃脘痛的脾胃虚弱（气虚）型和胃阴不足型，若不适当佐以理气化湿之品，一派呆补，弊多利少，必不取效，这也是常被忽略的问题。益气健脾，无非参、芪、术、甘；滋阴养胃，无非玄、麦、地黄，均有甘缓满中之弊。

病案举例

陈××，女，43岁，工人。上腹部隐痛3年，食少，脘腹胀闷不畅，大便不调。经胃镜检查，诊为“萎缩性胃炎”。神疲乏力，面色萎黄，胃脘持续隐痛闷胀，不思饮食，大便尚可，脉细无力，舌苔略黄而腻。辨证属脾胃虚弱、气滞挟湿，治以健脾理气化湿，拟香砂六君子汤、参苓白术散加藿香，佩兰叶，焦三仙进治。服药三剂后胃脘胀痛缓解。因王老师开会，由他医诊治，辨为心脾两虚证，投归脾汤加枸杞子、麦冬、白芍。三诊时述及服上药后不但无效，反而胃脘胀痛加重，大便干，口渴不饮。王老师仍用香砂六君汤、参苓白术散合方加白蔻、佩兰、焦三仙、鸡内金等健脾开胃、理气化湿，连服10剂后胃脘胀痛缓解，饮食增加；继异功散、一贯煎合方加佛手片、香橼皮、鸡内金等，调治半月而愈，随访三个月未复发。

王老师每用香砂六君子汤、参苓白术散加藿香、佩兰、白蔻等治疗脾胃虚弱型胃脘痛，方中木香、砂仁、白蔻、陈皮、法夏、桔梗、藿香、佩兰等辛香理气而不伤气，芳香醒脾而又化湿；王老师认为健脾益气每以泡参为好，以免人参、党参之补气横中。

找瘀血一个指征

王老师还善用活血通络治疗胃脘痛。他认为，叶天士提出的久痛入络很有道理，用之得当，止痛甚捷；但久痛入络只是从病史长短上来分析的，如果还能找到诊断瘀血的一个重要指征，如曾有出血史（包括手术治疗后）、痛如针刺刀割、面色黧黑、唇口青紫、舌上有瘀斑瘀点、脉涩不畅等其中的一个来佐证，判断久痛入络就更有依据。有是证即用是药。因为久痛久病毕竟以虚证为主，如果没有瘀血指征佐证者，就不一定使用活血通络之剂。如确有瘀血指征，即可在主方中酌加金铃子散、丹

参饮、旋复花汤或当归、川芎、橘络、鸡血藤、乳香、没药之类。

病案举例

张××，女，57岁，原系农村妇女，后适入某煤矿。患者因育6女，其丈夫又在外工作，故中年时劳累太过，常不能按时进食；40岁以后即时发胃痛，来作诊治。近10年来逐渐加重，每因生气后胃脘部胀满隐痛，自服"陈香露白露"、"去痛片"等药，时痛时止。1年前因食生冷致腹泻，自服"土霉素"后泻止，但胃脘痛频发，饮食减少，夜间痛甚，大便尚可。因老乡关系，来求笔者诊治。经钡餐透视，提示"胃、十二指肠球部溃疡"。辨证按脾胃虚寒，投黄芪建中汤、理中汤，又改用逍遥散、温胆汤等方进治，均不见效。1992年4月8日请王老师诊治，辨证为脾胃虚弱挟气滞，以香砂六君汤合四七汤加减，服药3剂后不效。经详向病史，原来患者1年前腹泻时曾见黑便，因当时痔疮也痛，以为又是痔疮出血，未予重视。患者胃脘胀痛，面黄肌瘦、神疲乏力、脉虚缓无力，舌淡红，苔略黄。辨证属脾虚气滞血瘀，拟香砂六君汤、金铃子散合方加当归、丹参、桂枝、鸡血藤、焦三仙、鸡内金等，服药5剂后果然疼痛缓解，继按原方加藿香、法夏，又进5剂后疼痛消失，再拟香砂六君汤、小建中汤调治以巩固疗效，随访三个月疼痛未发。

本例患者久病久痛，正气亏耗，脾胃虚弱。但用温中散寒、健脾理气均不见效，王老师在参考过去用药情况的基础上，二诊时找到了久痛瘀血在络的佐证，即曾有黑便史，在健脾理气方中加入活血通络之品痛止。患者一年前腹泻，见黑便，以后疼痛加重。估计当时是胃或十二指肠溃疡出血。以此判断瘀血阻络是可靠的。

（吴光炯）

吴德兴　诊治乙型肝炎经验

吴德兴主任医师业医五十余载，学验俱丰，擅长治疗疑难杂病。近年来潜心研究乙型肝炎，提出"正虚邪实兼顾，毒湿痰瘀并治"的治疗原则，具有独到见解。兹择要介绍如下：

强调整体论治　正虚邪实兼顾

乙型肝炎是由于疫毒湿浊之邪侵入肝脾，使脏腑、气血、津液功能失调，正虚邪实，虚实错综，出现肝郁脾虚之病机，又出现"穷必及肾"之结果，其症 表现为胸胁胀痛，食后腹胀，肢体乏力，腰膝酸软，大便稀溏，小便黄浊，舌边有齿形，舌质淡或紫暗，脉细弦或涩。吴老治病历来重视整体调节，从整体论治，不拘于一脏一腑之病灶。他认为乙型肝炎之所以病机复杂，是由于正虚则邪更实，邪实则正更虚，变化为正虚则邪恋，邪恋则正虚。因此，力求在治疗过程中，把患者脏腑各器官视为一个有机整体，既注意局部症状，更强调整体论治，采取扶正祛邪兼治，调理气血并举。扶正可增强机体抗病毒能力，同时提高机体免疫功能达到驱除乙型肝炎病毒；祛邪可消除病毒及改善症状，使受害脏器恢复其正常功能；调理气血可使气血通畅无阻，又能控制肝细胞复制乙型肝炎病毒；从而全面地调整了脏腑功能，恢复了机体阴阳、气血津液平衡。如《素问・至真要大论》指出："谨察阴阳所在而调之"，是治疗本病立法、选方、遣药之原则。鉴于此原则，可把乙型肝炎分为以下几种类型论治。

肝郁毒湿痰瘀型：症见面色晦暗，胸胁胀痛，易怒健忘，腹胀厌油，饮水泛恶，小便黄浊，舌红苔黄腻，脉数或涩，治拟疏肝理气，解毒化湿，消痰散瘀，基本药物：柴胡 10g，白芍 15g，郁金 10g，茵陈 20g，半枝莲 15g，蚤休 15g，皂角刺 15g，桃红 10g，丹参 15g，山楂、神曲各 10g，栀子 10g。

脾虚毒湿痰瘀型，症见面色萎黄，食后腹胀，两胁胀痛以午后为甚，倦怠乏力，大便溏稀，舌质淡胖，边有齿形，脉细濡，治拟健脾益气，解毒化湿，消痰散瘀，基本药物：黄芪 30g，白术 15g，苡米 20g，茵陈 15g，山楂、神曲各 10g，半枝莲 15g，蚤体 15g，皂角刺 15g，桃红 10g，丹参 15g。

肾虚毒湿痰瘀型：症见面色灰暗，眼眶青黑，两胁隐痛，腰肢酸软，下肢浮肿，舌质淡少苔，脉沉细而涩。治拟补肾益气，解毒化湿，消痰散瘀，基本药物：仙灵脾 15g，女贞子 20g，黄芪 30g，茵陈 15g，半枝莲 15g，蚤休 15g，皂角刺 15g，桃红 10g，丹参 15g，白术 15g。

无临床症状型：各种临床症状不明显，检测乙型肝炎表面抗原阳性或表面抗原、e 抗原、核心抗体均阳性，治拟解毒化湿，消痰散瘀，健脾益肾，基本药物：半枝莲 15g，蚤休 15g，皂角刺 15g，黄芪 30g，白术 15g，茵陈 15g，丹参 15g，桃红 10g，女贞子 20g。

毒湿痰瘀并治　合理配伍用药

乙型肝炎中所谓毒湿痰瘀并治，是指对疫毒、湿邪、痰浊、瘀血同治而言。毒是疫病之毒，其特点是，毒为阳邪，内伏在血分，发病急剧，病情险恶，具有强烈的传染性，临床症状可见发热烦躁，口苦咽干，头痛目赤，溲赤便结，胸胁胀痛，舌红苔黄，脉数或弦，采用清热解毒。湿是感受外界之湿，其特点是，湿为阴邪，内伏在气分，粘滞固着，湿性重浊，临床症状可见食后腹胀，倦怠乏力，四肢酸楚，大

便溏泻，小便浑浊，妇女白带过多，舌苔白腻，脉濡而缓。再说，外界之湿亦能因脾失健运乘虚而入，与内湿相合酿成湿热，正如薛生白所曰："太阴内伤，湿饮停聚，客邪再至，内外相引，故病湿热"，临床症状可见身黄，目黄，小便黄，治宜健脾、清热化湿之法。痰是由于外湿之邪侵入，脾失健运，使人体津液不化而形成的病理表现，所以前贤屡有"痰为百病之母"，"痰为诸症之侣"之说，临床症状可见恶心泛呕，下肢沉重，头晕目眩，脘腹胀满，小便短少，舌体胖大，苔腻脉滑，故应理气消痰。瘀是由于疫毒之邪，内伏血分，疫毒夹瘀阻于血络，血液运行不畅，导致瘀积凝滞不去。正如《圣济总录》所说："毒热内瘀，则变为瘀血"。临床症状可见面色晦暗，两胁刺痛，牙龈出血，健忘脱发，皮有蛛丝，舌有瘀斑，脉弦而涩，故应活血散瘀。从上述毒，湿、痰、瘀致病的特点和产生的临床症状不难看出，毒湿是本病之源，痰瘀是本病之根，吴老分析乙型肝炎久治不愈原因所在有四种：其一，多种诱发因素，毒湿合而为患；其二，多种病理产物，痰瘀同时参杂留体内；其三，多种证候变化，临床症状亦甚复杂；其四，正虚邪实，虚实错综始终呈现疾病全过程。同时也认识到，乙型肝炎病毒属中医毒湿的范畴，毒湿是其致病因素，痰瘀是其病理产物，但是在疾病发展变化过程中，又常是互为因果，相互转化，导致痰瘀作为致病因素，而毒湿变化为病理产物，这种病因病理的变化与乙型肝炎病毒(HBV)在体内呈慢性持续性感染和(HBV)的复制有关。

吴老经多年临床实践，治疗乙型肝炎用药善于合理配伍。解毒化湿善用蚤休、半枝莲、茵陈配伍，《本草正义》指出："蚤休，乃苦泄之郁热，熄风降气，亦能退肿消痰，利水去湿"。而半枝莲，用于因肝经毒湿，邪伏血分的乙型肝炎病毒最适宜，其作用既可清热解毒，又能祛除湿邪，茵陈性味苦辛而凉，为治黄疸的专药，具有苦辛解毒，驱湿邪，利小便之功效，致使导疫毒湿邪自小便而出。诸药均走血分入肝经，既能解血分之疫毒，又能化血分之湿邪，使毒从血解，湿从血化，方为祛邪之道。

对于消除痰瘀，采用皂角刺，桃红，丹参配合，皂角刺是一味不可缺少的主要药物，具有强烈的除痰祛秽功能，可消除免疫复合物的有害作用，并能活血散瘀，清除血络之痰瘀。桃红在治疗乙型肝炎中是活血化瘀首选药，善走肝经血分，善治肝郁血瘀出现的胁痛，收效甚速，能抑制纤维组织增生，又能防止肝硬化。方中用丹参，乃取其活血养血之功，《本草汇言》中载："丹参善治血分，去滞生新，补血生血……功过归地，调血敛血，力堪芍药，逐瘀生新，性倍芎䓖。"吴老用除痰的皂角刺和散瘀、养血的桃红、丹参配合同用，其道理正如唐容川《血证论》云："须知痰水之壅，由瘀血使然，血积既久，亦能化为痰水。"乙型肝炎实属痰瘀交夹之顽症，故临床上治疗采取痰瘀并治之法，有助于缩短疗程，不可偏废。

补虚扶正，常以黄芪，女贞子合用。黄芪重用能补肝气之虚，达肝血之郁，而且更能升提脾胃之气。临床实践观察，从升提脾胃之气着手，比直接补养气血更为重要，这是因为脾为后天之本，是气血生化之源，所谓"见肝之病，知肝传脾，当先实脾"之意，就要着眼"实脾则肝自愈。"由于肝肾同源，久病必及肾，选用性质平和、作用较缓、久服始能见效的女贞子，以补肾滋阴。二药合用，其目的是增强机体抗病毒能力，提高免疫功效，促使病毒的清除。

病案例 1

梅某某，女，43 岁。患者于 1982 年患乙型肝炎，曾在某传染病医院住院治疗，肝功能呈一度好转，表面抗原阳性，每遇劳累纳减胁痛，肝功能不正常，前医叠投疏肝解毒之药，诸症 依然，至 1989 年 9 月 25 日初诊。两胁胀痛，食后腹胀，肠鸣矢气，全身轻度浮肿，而色萎黄，倦怠乏力，牙龈出血，舌胖少苔，脉细濡，肝脏胁下 2 厘米，质硬。肝功能：谷转氨酶 105 单位，麝浊度 8 单位，锌浊度 16 单位，白蛋白 3.4g%，球蛋白 3.6g%。两对半检查：表面抗原阳性，e 抗原阳性，核心抗体 1∶150，诊断为慢性乙型肝炎，肝硬化，证属脾虚毒湿痰瘀型，治拟健脾益气，解毒化湿，消痰散瘀，药用，黄芪 30g，白术 15g，苡米仁 20g，茵陈 15g，半枝莲 15g，蚤体 15g，皂角刺 15g，桃红 10g，丹参 15g，败酱草

15g，灵别果15g，紫草10g，水煎服。服药四周，胁痛腹胀已愈，牙龈无出血，浮肿消退，大便正常，谷丙转氨酶降至正常，麝浊度6单位，锌浊度14单位，白蛋白3.8%，球蛋白3.2g%，e抗原转阴性。此时脾虚渐复，服药见效，守上方，去败酱草、紫草，加白芍15g，郁金10g，继续服药2个月，自觉症状消失，面色有华。肝脏胁下刚可触及，质软，肝功能恢复正常，复查两对半，表面抗原阳性，其余均阴转。患者正气已复，清除毒湿之邪乃为当务之急，治拟解毒化湿，消痰散瘀，健脾益肾，续于前方去苡米仁、白芍、郁金，加女贞子20g，调理2个月，检查表面抗原转阴性。随访半年，未见复发，定期复查2次两对半均阴性，患者已正常上班。

病案例2

汪某某，男，28岁，患者于1990年4月，因胁痛纳呆，倦怠乏力，作两对半检查：表面抗原阳性，核心抗体1∶80，肝功正常，诊断为乙型肝炎，曾在当地医院中西医结合治疗，症状略有改善，表面抗原，核心抗体均阳性，于1990年10月18日来专家门诊求治，近一月胸胁胀痛，纳呆厌油加重，饮水泛恶，易怒健忘，精神不振，面色晦暗，肝脾未触及，小便混浊，舌质淡苔黄腻，脉细弦数，表面抗原阳性，核心抗体1∶128，肝功能无异常，证属肝郁毒湿痰瘀型，治拟疏肝理气，解毒化湿，消痰散瘀。投用药物，柴胡10g，白芍15g，郁金10g，栀子10g，茵陈20g，半枝莲15g，蚤休15g，皂角刺15g，桃红10g，丹参15g，山楂、神曲各10g，白术15g，水煎服。服药1周后，饮水泛恶消失，舌苔黄腻已化，2周后，胸胁胀痛缓软，按栀方去栀子、柴胡、白芍，增入黄芪30g，女贞子20g，益气补肾，继续服药2个月精神振作，面色转红，无腰膝酸软，除劳累后胁部稍有不适，其症均消，表面抗原，核心抗体均转为阴性。以巩固疗效，原方再服1个月。此后每隔3个月查两对半未见异常，病情无反复。

（赵汉鸣）

张志钧　辨证论治病态窦房结综合征28例疗效观察

病态窦房结综合征(Sick Sinus Syn·drome)简称病窦综合征(SSS),又称窦房结功能不全。病变大多累及窦房结及邻区组织,引起窦房结起博功能和窦房传导障碍。临床以心率缓慢所致的脑、心、肾等脏器供血不足为主,轻者乏力、头晕、失眠、眼花、记忆力差、反应迟钝;重者可引起心动过缓与心动过速交替出现的阿一期综合征反复发作,快速心律失常时心率可加速达100次/分以上,故亦称快慢综合征。张志钧教授根据长期临床经验,自拟病窦Ⅰ、Ⅱ号方治疗病窦综合征28例,疗效满意。现整理报道如下。

一般资料

1.临床资料:本组28例中,门诊21例,住院7例。男12例,女16例,男女之比为1∶1.33。年龄34—51岁,平均40.38岁。病程4个月至7年,平均1.8年。

2.诊断依据:本组诊断依据参照北京地区对病态窦房结综合征的诊断参考标准,主要依据为窦房结的功能衰竭,表现为以下三项中的一项或几项,并除外某些药物,神经或代谢功能紊乱等所引起者。(1)窦房传导阻滞。(2)窦性停博(停顿时间2秒以上)。(3)明显的、长时间的(间歇性或持续性)窦性心动过缓(心率常在50次/分以下)。单纯窦性心动过缓者需经阿托品试验证明心率不能正常地增快(少于90次/分)。作为次要依据。在主要依据基础上,可有下列表现:(1)阵发性心房颤动或扑动或房性(或交接性)心动过速,发作终止时在恢复窦性心律前易出现较长时间间隙(快—慢综合征)。(2)交接区功能障碍,表现为交接性逸博发生在间歇后2秒以上,或交接性心律频率在35次/分以下;亦可出现Ⅰ—Ⅱ度房室传导阻滞。本组具有主要依据(1)、(2)或(1)、(3)项者26例;合并有快—慢综合征者2例。临床症状有程度不同的神疲乏力、胸闷气短、头晕目眩、心烦失眠。

辨证论治

1.辨证分型:根据临床症状及体征分为:(1)气阴两虚型(9例):症见心悸气短,神疲乏力,胸闷,汗出,口干燥或口苦,或口干喜饮,或手足心灼热,舌红少津,苔薄黄,脉细数。(2)阳虚型(8例):症见心悸气短,倦怠乏力,眩晕,面色苍白,畏寒肢冷,胸闷不适,舌淡体胖,边有齿痕,苔薄白或白腻,脉沉迟。

除以上2型外,亦常兼见胸闷隐痛,口唇青紫,舌质暗或适有瘀斑,脉迟涩的挟瘀型(6例);以及兼见胸闷痛,痰浊阻滞,痰多粘腻,神疲肢重,苔白或白腻,脉弦滑的挟浊型(5例)。

2.治疗方法:张师根据辨证分型,自拟病窦Ⅰ、Ⅱ号方治疗并根据挟瘀、挟浊加减应用。(1)气阴两虚型治以益气养血宁心,方用病窦Ⅰ号方,药用炙甘草、麦冬、五味子、黄精、生牡蛎(先煎)、鹿含草各15g,淮小麦、丹参各20g,西洋参6g,红参3g,大枣6枚。(2)阳虚型治以温阳复脉,方用病窦Ⅰ号方,药用炙麻黄、红参各6g,熟附子6—10g,细辛、西洋参各3g,肉桂2g(碾末冲服),补骨脂、淫羊藿、紫石英(先煎)各15g,丹参20g,鹿角霜10g(先煎)。挟瘀者加桃仁(或路路通)、川芎、片姜黄各

15g，完田七 3g(碾末冲服)；挟浊者加全瓜蒌 20g，制南星 6—10g，郁金 15g，薤白 12g，每日 1 剂，分 2 次服。治疗一个月为一疗程。

本组治疗期间停用其它抗心律失常药物，治疗前后及一疗程结束作心电图检查，凡临床连续用药三个疗程者列为统计对象。

治疗结果

1.疗效判断标准：室率长期维持在 72 次/分左右，临床症状消失为治愈；治疗后室率提高，临床症状明显好转；经三个疗程治疗后室率未增加，症状无明显改善而改用其它方法治疗为无效。

2.结果：临床治愈 7 例，好转 21 例。其中气阴两虚型治愈 4 例，好转 5 例；阳虚型治愈 2 例，好转 6 例；挟瘀型治愈 1 例，好转 5 例；挟浊型好转 5 例。

典型病例

喻某某，女，42 岁，工人，1991 年 3 月 15 日初诊。患者近二月来胸闷、心悸、神疲倦怠，四肢乏力，全身肌肉酸痛，头晕伴左侧麻木，夜寐失眠(尤以月经前后症状明显且性格易于激动)，口干，五心烦热，行经期延长且挟有瘀快，一般达 10 天始净，舌质暗淡，边有齿痕，苔薄白，脉迟细稍弦。心电图示：窦性心律，心率 48 次/分，偶发房性早博，提示病态窦房结综合征。动态心电图示，窦性心动过缓伴不齐，房屋交界性逸博。证属气阴两虚挟瘀，治以益气养血、化瘀通络。方拟病窦 I 号方加減，药用炙甘草、麦冬、五味子、黄精、生牡蛎(先煎)、鹿含草、川芎、片姜黄各 15g，淮小麦、丹参各 20g，西洋参、红参各 6g，完田七 5g(研未冲服)，红枣 10 枚。每日一剂，水煎分二次服。治疗期间随临床症状变化而略有增减，连服二个疗程，复查心电图。窦性心律，心率 67 次/分，提示大致正常心电图。随访半年余并定期复查心电图无明显异常。

讨论与体会

1.病态窦房结综合征常见病因为冠心病、风心病、心肌病、心肌炎，部分病例病因不明。本组病因为心肌病、心肌炎、风心、冠心病 23 例，原因不明者 5 例。其属于祖国医学心悸、怔忡、眩晕范畴，而眩晕主要是由于脑供血不足；中医认为属心脾不足所致。张师认为本证属内伤杂病，多与大惊、大恐、劳累因素有关，属情志致病，病邪首先犯心，心动胆怯继则五脏六腑皆播；其次与禀赋不足、思虑过度、触事不意密切相关；此外与气滞血瘀、痰饮浊邪兼挟不无关系。

2.本组病例基本具备畏寒、肢体发凉、恶风喜暖等虚症、寒证的临床表现，如《伤寒明理论》云："其气虚者，由阳气虚弱，心下空虚，内动而为悸也。"因此，本证以虚证为主，可涉用五脏气血阴阳虚；实则以痰饮、瘀血为患，阻滞脉络，可单独出现或兼挟出现。其病位在心，并可影响脾、肾、肝等脏。舌质以淡白及淡暗居多，舌苔以薄白、白滑及白腻者多见。阳气不足、脏寒积冷的三阴症多见脉象迟而无力，脉博平均在 50 次/分以下，亦可见血瘀、气虚的脉候；若阳极阴衰，或元气显著不足者多为疾脉，脉博平均在 120 次/分以上；若寒凝阴盛多见结、代脉；若气血虚夹瘀滞多见促脉，若兼有弦脉者主痛、主痰饮。

3.病窦 I 号方由麻黄附子细辛汤加味而成，麻黄附子细辛汤为《伤寒论》少阴感寒证治而设，张师以此方为基础，麻黄以炙易生，配附子防发散太过而无损于阳，加鹿角霜、淫羊藿、补骨脂温补阳气；丹参活血祛瘀、除烦安神，提高心肌的耐氧能力，加快微循环血液流速；紫石英补心气之不足、定惊悸、散结气、安魂魄；肉桂温营血利血脉，鼓舞气血生长而提高心律。合用共达温阳复脉之功。病窦 I 号方由养心安神、和中缓急的甘麦大枣汤合益气敛汗、养阴生津之生脉散加活血祛瘀、除烦安

神之丹参；养阴健脾之黄精；滋阴潜阳之牡蛎及益气填精的鹿含草而成。共达益气养血宁心之目的。此方人参以红、白参同用，乃根据导师长期临证经验，临证时还可根据“气”、“阴”不同耗伤程度适当增减红、白参的分量比例，既避免红参之温燥，又可协同加强大补元气、生津安神之功用，尤适于病窦综合征之气阴两虚型。

由于病窦综合征临床多年挟瘀、挟瘀浊症候群，因此在应用病窦Ⅰ、Ⅱ号方时，挟瘀者加活血养血祛瘀之川芎、桃仁之属；挟痰浊者加化浊宣痹之法夏、南星、瓜蒌之品，对提高临床疗效颇有裨益。

（曹正柳）

高濯风　　治疗心律失常的经验

心律失常是临床常见病症，除少数良性心律失常外，常涉及多种心脏疾病，引起明显的临床症状，影响生活，降低或丧失工作能力，甚至成为病人猝死的直接原因或潜在危险。其病因复杂，临床表现多样，同一心律失常发生于不同患者，临床差异很大，甚至同一病人在不同病程中，情况也不尽相同。高濯风老师根据数十年的临床经验，将该病归纳为四个基本证型，随证施治，灵活变通，疗效颇著。

气阴两虚型

主症：心悸气短，头晕乏力，胸闷自汗，口干，舌红少津，脉细弱、数、促或结、代。治法：益气养阴复脉。主方：生脉散合当归补血汤加味：西洋参 6g（或太子参 30g）、麦冬 10g、五味子 6g、黄芪 15g，当归 12g、桂圆肉 30g、甘松 10g、炙甘草 6g。

心主血脉，以阴血为养，以阳气为用，心病日久，气阴两虚，或温邪外受，内舍于心，耗气伤阴均可发为本病。阴血亏虚，心神失养，故见心悸头晕；心气不足，鼓动无力，心脉不畅，则见胸闷气短，脉结代。治宜益气养阴，强心复脉。方中太子参补脾肺之气，生津止汗，麦冬、五味子酸甘化阴，三药相合，两救气阴。然其性偏寒凉而属阴，阴药主静，无力自动，增甘温之黄芪善补胸中大气，贯心脉而行气血。当归气辛而善行，为血中之圣药。合麦冬、五味子养血增液益阴。桂圆肉养心脾，补气血、润五脏，高老师在多年的临床实践中体会该药有明显的抗心律失常作用（用量宜在 30g 以上）。甘松主理元气、去郁气，可解除患者焦躁不安，心烦不寐之症。现代药理研究，该药有中枢镇静作用并抗心律不齐。炙甘草安中复脉。诸药相合，使阴血充盈，阳气壮旺，心体得养，心用得助，则脉可生可复。若阴血偏虚，心烦不寐者，加生地、白芍、阿胶以益阴；阳气不足，心动过缓者，可入桂枝温通血脉，并有助于气阴恢复；兼见邪热内扰，迫液外泄，发热盗汗，心烦唇燥者，加黄连、黄芩、黄柏清热除烦，增生地、熟地合当归养血增液以制火。

本证见于心肌炎的急性期，温邪由卫入营，内舍于心，耗气伤阴，酿成邪热内扰，气阴已虚之证，心动过速、早搏、传导阻滞等心律失常均可出现。对此，高老师权衡标本虚实，不失时机地扶正祛邪，使气阴得复，邪热得清，往往药不数剂，诸证得解。

风心病心律失常属此证者加赤芍、桂枝、两头尖，以通为用。冠心病患者加丹参、三七粉，活血化瘀。

气虚血瘀型

主症：心悸气短，自汗乏力，胸闷胸痛，动则尤甚，舌体胖嫩有齿痕、舌质黯或有瘀斑，舌苔薄白，脉沉涩迟或结代。治法：益气活血通脉。主方：太子参 20g（或西洋参 6g）、黄芪 20g、丹参 30g、川芎 10g、红花 9g、三七粉 2g（冲）、降香 10g、桂圆肉 30g、炙甘草 6g。

气为血帅，血随气行，年老体衰或久病之后，心气不足，营血不周，心脉瘀阻，发为本证。其气虚为本，血瘀为标。方中黄芪、太子参补气扶阳以固本，丹参、川芎、红花等活血祛瘀，行气止痛以治标，使心气得以舒展，络脉得以疏通，心得其养则诸证可除。临床冠心病、风心病之心律失常多见此证

型。

气滞血瘀型

主症：胸闷刺痛，心悸，两胁胀满，脉弦涩或结代，舌质紫黯或有瘀斑。治法：行气活血通脉。主方：血府逐瘀汤加减：柴胡 9g、桂枝 6g、当归 10g、川芎 10g、赤芍 10g、桃仁 9g、红花 9g、丹参 20g、桔梗 9g、怀牛膝 10g、枳壳 10g、薤白 10g、甘草 3g。

胸为清阳之府，浊邪内干，胸阳被遏，或情志郁结，气机阻滞，均可导致气滞血瘀，心之气血闭阻而成本证。本证主要见于冠心病，心绞痛伴心律失常者，冠心病多为本虚标实之证，今心脉挛急，血瘀胸中，心脉闭阻，证见胸痹心痛，脉涩滞不畅。急当活血祛瘀，疏通心脉，为治标之意。血府逐瘀汤乃活血祛瘀，行气止痛的有效方剂，今去生地之甘寒，加桂枝之辛温，入心助阳，温通血脉，薤白行气宽胸，通阳散结，加丹参以助活血化瘀之力。然本方不可久服，待症状缓解，速当扶正固本，勿犯虚虚之戒。

心肾阳虚型

主症：心悸怔忡，胸闷气短、动则尤甚，胸痛时作，形寒肢冷，舌质淡或黯，有齿痕，苔白或厚腻，脉沉无力或结代。治法：温阳益气。主方：保元汤合桂枝附子汤加减：红参 6g、黄芪 15g、桂枝 9g、制附子 6g、山萸肉 12g、丹参 20g、川芎 10g、红花 9g、茯苓 15g、杏仁 9g、甘草 6g。

本证型患者病程多久，久病及肾，阴虚及阳、病情深重。心脾肾三脏皆虚，尤以心肾阳虚为主，心脉失于温煦鼓动，阴寒内结，血脉不畅，心失于养而成本证。益心气，温心阳，通心脉为该病的治疗大法。方中红参、黄芪大补元气，桂枝、附子温阳散寒。阳气振奋则鼓血有力。"善补阳者，必于阴中求阳"。高老师温阳益气之中，不忘养阴一法，恒以山萸肉与桂附相伍，滋阴养血，补肝肾，获"阳得阴助则气化无穷"之妙，且制桂附辛燥伤阴之性。适当配用丹参、川芎、红花活血化瘀，有助于心脉通畅。阳气不运，则水湿不化，方用茯苓、杏仁利肺气，化痰浊，以开胸中之痞塞；甘草补中益气，与桂枝相配，辛甘合化，有温通心阳之功。全方组成，使阳气充旺，鼓血有力，脉道充盈，血行通畅，则脉来如常。

方中附子辛热燥烈，易伤阴耗液，用治心律失常，若非阳虚已甚，不可随意妄投，一般代之以仙灵脾 10g 补肾壮阳。既用，量也宜轻，3—6g 足矣，非除沉寒痼冷之大量应用可比。且中病即止，不可久服，以防过用伤阴，阴阳失调，导致新的心律失常。

临床病态窦房结综合征、心房纤颤多见此证型。心动过缓者加麻黄 6g、细辛 g；心动过速加福寿草 1g；若见尿少浮肿，阴水四溢者，加葶苈子 6g、泽泻 15g。

病案举例

例一　病毒性心肌炎

韩某某，男，38 岁。1991 年 8 月 20 日初诊。心悸气短 5 年。5 年前，感冒发烧后出现心悸气短，脉律不齐，曾在某医院检查，诊为病毒性心肌炎伴发室性早搏，经服用"慢心律"、"乙胺碘呋酮"、"心律平"等多种药物治疗，早搏未能控制。现证：心悸气短，头晕乏力，胸闷，动辄汗出，面色不华，舌质淡红少津，脉细弱而结。超声心动图示：室间隔回声不均匀，室性期前收缩。证属气阴两虚，心神失养，治以益气养阴复脉。处方：太子参 15g，麦冬 10g，五味子 6g，黄芪 15g、当归 12g、桂圆肉 30g，甘松 10g，丹参 20g，炙甘草 6g。7 剂药后，早搏消失，胸闷自汗已止，心悸减轻，但心烦不寐，按前法加生地 12g。服药 7 剂，心悸气短明显减轻，脉沉缓，未见结象，唯感乏力，按前方继服以巩固疗效。

例二　病态窦房结综合征

赵某某，女，62 岁。1991 年 9 月 3 日初诊。发作性头晕心悸 5 年，加重 2 个月，脉率缓慢，最缓 37 次/分，曾收住院治疗，超声心动图：左房扩大，左室舒张功能受损；窦房结电图检测结果：窦房结

起搏功能下降。诊为"冠心病、病态窦房结综合征"。经用西药治疗,病情好转,但心率回升不理想。现证:头晕乏力,心悸气短,胸闷,畏寒,手足不温,舌质淡胖紫黯,苔白滑,脉沉细迟(脉率48次/分)。证属心气不足,心阳不振。治以益气温阳通脉法。处方:太子参20g,黄芪15g,桂枝9g,附子6g,山萸肉12g,麻黄6g,细辛3g,丹参20g,川芎10g,红花9g,杏仁10g,炙甘草3g。服药7剂,心率增到56次/分,头晕心悸减轻,但口干少津,加麦冬10g,五味子6g,7剂药后,心率增为60次/分左右,舌淡红而润,脉沉缓,偶有结象,加桂圆肉30g继服,前后共服药28剂,心率为66—70次/分,律整,诸症悉除。随访至今,心率维持在70次/分左右。

例三 冠心病室性早搏

桂某某,男,59岁。1988年7月23日初诊。10年前患冠心病,心肌梗塞,曾多次住院治疗,病情稳定。近日出现脉律不齐,证见:胸闷心悸,短气少神,舌质黯,脉缓而结。心电图示:室性早搏。证属气虚血瘀,心不得荣。治以益气活血通脉法。处方:太子参15g、黄芪20g、当归10g、丹参30g、川芎10g、赤芍10g、三七粉1.5g、茯苓12g、杏仁10g、枳实10g、炙甘草6g,服药7剂,早搏消失。

心律失常临床主要表现为心悸怔忡,胸闷气短,头晕乏力,脉促、数、迟缓或结、代。属祖国医学"心悸"、"怔忡"、"胸痹"、"虚劳"范畴。其病机以虚为本,又有虚中挟实,因虚致瘀的特点。"虚",多为心气不足,心阳不振,阴血涩少;"实",多见血瘀或痰浊或邪热。治疗本病,高老师强调以补虚为要,益心气,养阴血,温心阳为治疗大法,佐以宣痹涤痰、活血化瘀、清邪热等治标之品,使阴血充盈,阳气壮旺,心主得以濡润、温煦,血脉调畅,脉律得复。

(刘秀芬 于春英)

陈可望　　非活血化瘀法治疗冠心病

活血化瘀法治疗冠心病盛行已久，以致于某些中、西医尤其是中青年医生都普遍认为：凡治疗冠心病。必活血化瘀。这其中有以西概中的弊端。由于芳香走窜、辛温燥热、破血破气之药的重施，致正气受损、瘀滞不化者屡见不鲜。针对时弊，陈可望教授早在1980年全国中医内科首届学术会议上就系统地阐明了"以补为主、补通结合"治疗冠心病的新观点。随着研究的深入，陈教授又进一步提出"非活血化瘀法治疗冠心病"的新论点，即：以调理阴阳气血和脏腑功能为根本大法，不用或少用活血化瘀药物来治疗冠心病。实践证明，此法突出了中医辨证论治的精髓，强调了整体观念，避免了活血化瘀法的流弊，显示了陈教授独特的思维方法。

不可忽视的临床现象

在使用活血化瘀药物后，患者易出现身软乏力，精神倦怠等症，甚至瘫软在床，无力起坐；还有人则反映肢沉如铅、举步吃力，气短加重；更有甚者，心绞痛非但未减轻，反而较前加重。这说明活血化瘀药物滥施无度或不切证而用，已戕害正气，上海中山医院心血管研究所的研究结果已证实：丹参及复方丹参制剂可造成动脉内膜的损伤，而党参、黄芪无此损伤作用。众所周知，动膜内膜的损伤，是动脉粥样硬化病变的前提。反之，如有一些活血化瘀治疗无效的心绞痛病人，却可用非活血化瘀法取得效果。曾有一位这样的病人：因心绞痛频发而住院治疗，除使用大队活血化瘀药外（其中丹参用量就达每剂30克，又迭加使用芳香开窍的中成药"日本救心"、"麝香保心丸"、"冠心苏合丸"及西药"心痛定"、"硝酸甘油片"等，心绞痛非但未减轻反而渐次加重。请陈教授诊治时，见患者乏力，肢软气短，口干、舌偏红，脉细弱，证系气阴两虚之象，却未见胸闷塞、舌紫、唇甲绀、面晦暗等气滞血瘀之征，经用生脉散（以太子参易人参）合二至丸加味，七剂则心绞痛顿失。

现代研究成果的启示

活血化瘀固然有改善冠状动脉供血的作用，但大量实验研究表明，缺血一定时间后重新供血，受损心肌不一定都会恢复其正常功能和结构，反而会出现细胞损伤加重的表现。如再灌注心律失常，标志心肌细胞死亡的CK酶大量释放，"受损伤但仍存活"的细胞走向死亡等。这些研究成果说明，冠心病治疗并不是简单的恢复血供的问题，而是既要改善心肌供血和心脏功能，又要避免产生再灌注损伤；这一点不仅应当引起我们的重视，而且也促使我们对通行的冠心病的治疗方法反思和更加深入地研究。

临床中我们发现，相当数量的冠心病人并没有典型的心绞痛症状，而心绞痛则是重要辨证依据之一——不通则痛。在这些无心痛症者中，也很少见到闷塞、发绀、脉涩等痹阻气滞的症状，而这些又是气滞血瘀胸脉痹阻证的重要依据。全国心肌缺血一再灌注损伤和无症状心肌缺血专题研讨会

认为：心肌缺血发作有症状的不超过全部病例的⅓，⅔以上的患者可无症状。由此观之，又何以能言“气滞血瘀”呢？可见冠心病其病理变化虽然是由冠状动脉的粥样硬化而导致冠状动脉的狭窄甚至阻塞，但它和中医的“瘀证”并不是完全等同的概念，因此，切忌以西医的概念来套中医的“证”，否则就完全背离了中医辨证求因，审因论治的根本原则，使中医对冠心病的治疗简单化、公式化，发挥不出中医对冠心病治疗的独特优势。辨证求源，证变法亦变。只有这样，才能使中医对冠心病的治法既借助于现代医学研究的新成果，又不致被其所束缚。

因虚而痛

尽管古人有“不通则痛”和“诸痛为实”之说，但冠心病所表现的临床证象是复杂多变的，不能一言以蔽之。

从根本上说，“本虚”是冠心病的基本病因。《素问·上古天真论》说：“女子五七阳明脉衰，面始焦，发始堕”；“丈夫五八肾气衰，发堕齿槁。”医学统计资料显示，冠心病以四十岁以上的中老年人为多见，其患病率随着年龄的增长而递增。由此可见，年老体衰，脏腑功能减退，阴阳气血失调，抗病能力低下，与冠心病的发生不无联系。陈教授在临床中观察到：冠心病人多易出现阴虚，尤其是肾阴虚的证候；纠正肾阴的偏衰可以提高治疗效果；采有滋阴、养血、益气、行气等扶正之法，而能增加气血和其运行的动力，从而达到提高心脏功能和改善缺氧的目的。因此陈教授认为：心痛可因阴虚津少、血脉失于润泽而痛；气虚血少、心脉失于濡养而痛；生地乏源、心脉失于充盈而痛；命门火衰、心经失于温煦而痛。

有些医者，往往偏于“不通则痛”一说，但关于心痛的论述，古医籍中却并非众说一辞。如：“虚痛者，心悸怔忡，以手按之则痛止，归脾汤主之”，提出以益气养血的方剂治疗气虚血少引起的心痛怔忡。对冠心病患者经常出现的心悸怔忡，有曰“怔忡者血虚。怔忡无时，血少者多”。“有阳气内虚，心下空豁，状若惊悸”。对“诸痛为实”、“痛无补法”之说，古人亦有截然相反的观点。“诸痛为实，痛无补法，亦非也。如人果属实痛，则不可补，若属虚痛，必须补之。”“治病必求其本，滋苗必灌其根，若不培养真元，徒以痛无补法，即系呆理，安望成功？”“胸痹病……实者用枳实薤白桂枝汤主之，……虚者用人参汤（即理中汤）主之，是以温中补气为主也。由此可知痛有补法，塞因塞用之义也。”古医家的这些精辟论述，正是抓住了临床“证”的复杂多变性，面不囿于一家一得之言，从而大大开拓了我们的视野，启发了我们的思路，是我们探索冠心病诸多新治法的极好借鉴。

非活血化瘀治法七种

益气养阴　复脉生津

老年人常见素体阴虚，尤其是肾阴虚；久则阴损气伤，或气虚津液的生成不足，或精亏生化不足，或脾肾双方导致气阴的失调，都可出现气阴两虚的证候。这是临床上最常见的。因此益气养阴是最常用的一种治法。症见：心悸怔忡，气短乏力，神疲肢软，自汗盗汗，口干口渴，舌红苔薄，脉来细数。主方：太子参、寸冬、五味子、旱莲草、女贞子，如气虚重者可用党参或人参易太子参、或择加黄芪、合欢皮、白术、甘草、大枣、仙含草、山药等；阴虚重者可择加枸杞子、寄生、黄精、北沙参、生地、玄参、白芍等，或重用旱莲草、女贞子。此法集益气、养阴、清热、生津、敛阴、润燥六法于一体，既能增加气血的来源，不能推动气血的运行，虽无活血化瘀之药，却有去瘀生新之间，即“治未痛”也。

补益气血　养营盈脉

气之与血，如影随形，气能生血，血以养气。老年人“天癸”减少，气化无力，五脏功能减退，气血

的化生常不足。心主血脉，乃“五脏六腑之大主”，“心之神，真气之别名也，得血则生”。今气血亏虚，脉道不荣，心之真气随之受损。症见：心悸心慌、头昏目花，短气自汗、失眠多梦、易疲乏力、面色㿠白、舌淡少红、脉细且弱。主方：党参、寸冬、白芍、当归、黄芪、白术。偏气虚者，可择加人参、炙甘草、仙含草、肉苁蓉、菟丝子、潼蒺藜等；偏血虚者可择加熟地、制首乌、阿胶、龙眼肉等。补气药中，一般不宜大辛大热之品，以防耗气动血和虚不受补而适得其反，人参的选用应注意掌握时机和用量；气血两虚的病症，其脾胃功能亦往往相对虚弱，故补血药中亦不可过于滋腻，以免碍胃而补之不进。气血互生，二者相辅相成，无论是偏气虚或偏血虚者，在益气药、养血药的配伍上都必须注意气以生血，血以养气的辨证关系，不可过于偏颇。

调理脾胃　健动升清

脾胃乃气血生化之源。胃主受纳，脾主运化传输，二者升清降浊将水谷之精气上输于心肺而化生为血液，故心脉的盈亏和心气的盛衰与脾胃的关系是非常密切的，正所谓，母病传诸子，子能令母虚。老年人脾胃相对虚弱，饮食不节、寒温不适、起居不时皆可损伤脾胃；脾胃失于健运，不能腐谷升清，气血生化乏源，心脉即虚。症见：食欲不振，嗳气纳少，脘腹气胀、倦怠乏力，惊悸怔忡，失眠健忘，时有肢肿，舌体淡胖、舌边有齿印，苔白腻，脉细沉或濡。其治当和胃健脾，以开生化之源。此古人所谓壮子益母之意，乃治本之法也。主方：太子参、白术、云苓、黄芪、佛手、合欢皮。嗳气频频者，可择加广皮、法夏、木香；脘胀明显者可择加莱菔子、谷芽、香附；胃阴不足者可择加玉竹、白芍、寸冬、石斛；大便溏薄者可择加葛根、焦楂、泽泻；大便干结者择加当归、枸杞、决明子、制首乌；腹胀矢气者择加麦芽、六曲、大腹皮；舌苔厚腻者择加川朴、肉豆蔻、佩兰、炒扁豆；下肢浮肿者择加茯苓皮、苡仁、赤苓、泽泻；清阳不升者择加砂仁、葛根；中气下陷者择加升麻、柴胡、枳实；反酸吞酸者择加海螵蛸、煅牡蛎、煅瓦楞；胃酸过少者择加五味子、乌梅、鸡内金；胃脘清冷者择加干姜、乌药、吴茱萸、附子片；胃脘既伤，须重在调理，渐进缓图，应补而不壅，补面不滞，补而不燥，补而不腻，否则壅滞气机，非但无益，反生危险。

滋养肝肾　益水化源

肝肾同源，肾藏元阴，肝肾之阴上滋心阴则心脉充盈，心阳得肝肾之阴相助则能生化无穷；肾水升腾，心火下降，水火即济，阴平阳秘。老年人先天已衰，封藏不足，肝肾之阴渐亏，“津液和调，变化而赤为血”。今阴液自亏，化血不足，血脉亦随之不荣。症见：心悸怔忡，虚烦不寐，腰酸且疼，头昏目花，耳鸣健忘，口干津少，低热盗汗，舌红苔少甚则光剥，脉细弦数。主方：寸冬、五味子、旱莲草、女贞子、枸杞子、菟丝子。阴虚气少者择加黄芪、党参、补骨脂、潼沙苑；水不制火，热灼伤津者择加西洋参、地骨皮、葛根、丹皮、槐花、连翘、知母；潮热盗汗者择加龟版、鳖甲；腰痛甚者择加川断、寄生、杜仲、牛膝；健忘、记忆衰退者择加制首乌、黄精、当归、熟地；虚烦性躁者加生甘草、白芍、绿萼梅、广郁金。滋阴之品的使用，应注意滋阴不可碍胃，滋阴不可腻湿，滋阴不可恋邪；由于阴损可以及阳，临床上还必须密切注意证情的转化。

气化生火　温煦心阳

“命门……为元气之根，为水火之宅，五脏之阴气非此不能滋，五脏之阳气非此不能发”。命门火衰，气化失司，肾中真火不能温煦心脉、鼓舞心阳即可致心阳不振。症见：畏寒肢冷，腰酸膝软，面色㿠白，大便溏薄，五更泄泻，小便清长，舌淡苔白，脉象沉迟。主方：党参、寸冬、附片、桂枝、补骨脂。临床中应注意：①古人强调“少火则生气，壮火则食气”，故一般不宜过用大辛大热之品，以防耗气伤阴；②应适当选用养阴药为佐使，这既有“阴中求阳”之义，又有反佐温而制其燥之利，方中的寸冬即是如此，象枸杞子、寄生、沙参、旱莲草、女贞子等亦可适时择用。此外，还应注意从以下几方面：①阳虚为气虚之重症，可择用或重用党参、黄芪、白术、炙甘草等益气药以助推动之力；②酌情选用芳香

开窍之檀香、降香、石菖蒲等，此等药物只须选用一味，至多二味，用量在3—5克即可，以助气化；③适时选用麻黄、细辛等辛散之药，用量仅3—6克即可，以助温经之力；④辅以当归、夜交藤、白芍、黄精等养血药一、二味以养气助阳；⑤助以砂仁、佛手、广皮、木香、苏梗等理气药，只一、二味即可，既可调畅气机，又可升发清阳；⑥如遇四肢厥冷者，还可在助阳药中，择用益智仁、巴戟天、金狗脊、鹿角胶、肉苁蓉、菟丝子等一味或几味（视病情而定），以协同桂、附、黄收温经煦阳之功。

益气安神　宁心平脉

在冠心病患者，常常表现为脉律不整，即出现结、代、促脉。临床心电图检查提示房早、室早、逸搏、停搏、房颤等。尽管现代药理研究证实很多中药都有抗心律失常作用，但治疗心律失常却并不是这些药物的迭加。由于心肌缺氧，心脏功能降低，心肌的顺应性、协调性下降，临床表现为心脏的气机失调，气少推动无力。常见胸闷、气短少、动则心悸怔忡等；由于气不摄神，又常见心中惕惕然，夜寐惊悸不宁，多梦失眠等心神失藏的症状。其治疗要点是益心气理气机，养心神宁心脉。主方：太子参、寸冬、炙甘草、黄芪、合欢皮、夜交藤、苏梗。养心安神药还可选用五味子、酸枣仁、柏子仁、灵芝等（酸枣仁大剂量可引起心肌损害，应避免过量使用；调理气机药还可选用薄荷、佛手、绿萼梅等；如出现促脉还可以党参或人参易太子参、重用黄芪，并择用滋阴药如枸杞子、五味子、玄参、地骨皮、生地、西洋参等以加强益气安神药的复脉效果。此外，前文所说的“益气养阴”、“调理脾胃”、“补益气血”、“温煦心阳”等法也有相应的抗心律失常作用，之所以然者，其要务在于“因证立法”。反之，以抗心律失常药物来抗心律失常，则难以如愿。

宣肃肺气　以利治节

胸为肺之分野，心肺同居上焦，一主气，一主血，二者相辅相存。宗气聚于胸中经肺气的宣发以贯心脉，推动气血的运行；肺输布津气入于心脉，则变化而赤为血，血脉得荣。若肺失宣肃，则会出现胸闷气喘，心悸乏力等症；甚至动则喘息、入夜不能平卧。这是冠心病出现慢性心衰时常见的症状。治宜宣肃肺气，理气宽胸，益气养心。主方：党参、黄芪、百部、马兜铃、前胡、葛根、寸冬。若低热盗汗，择加百合、沙参、五味子；若喘坐抬肩、喘息不休，择加桑皮、法夏、化红、苏梗；若喘而汗出、戴阳于上，可择用菟丝子、山萸肉、补骨脂、金狗脊、杜仲、附片以补肾纳气。肺为娇脏，易感外邪，易生痰湿，邪滞痰凝堵，易化热而灼伤肺阴。故要使肺的宣发肃降和主气之枢的功能正常，保养肺阴是十分重要的。

（陈荣东）

何　任　　治疗癌症的“十二字”法则

何任老师精于癌症的防治之道。在长期的临床实践和深入的探索中，他体会到：癌症的发生、发展及其整个病变过程，与人体正气的内虚，抗病能力的不足，有着密切的关系。而运用以扶正为大法，适时地配用攻邪抗癌和随症加减的方法治疗，对提高患者的抗病能力，控制病情的发展，延长存活期乃至恢复健康，有着较好的效果。因而倡导了“不断扶正，适时攻邪，随症治之”的治疗癌症十二字法则。他认为，对于癌症的治疗，首先应争取综合治疗，但就中医治疗而言，则须掌握此“十二字”法则。随师多年，在侍诊中每见何老师运用该法则治疗各种癌症病人，效果良好。许多患者经其治疗后，延长了生命，有的则恢复了健康。对此，笔者认为，虽然目前对于癌症的治疗法则较多，且各有长处和一定的治疗效果，但以中医治疗癌症而言，何老师的“十二字”法则，无疑具有积极的临床指导意义和较高的实用价值，故特作一探述。

“不断扶正”，乃治本之法

“不断扶正”，就是指对于癌症的治疗自始至终以调整正气，培益本元，使病人提高抗病能力为大法。而视不同的阶段，在用药程度上略有轻重而已。此是何任老师治疗癌症“十二字”法则的主导思想和运用之基本法度。

盖“正气内存，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”，这是祖国医学对于人体疾病发生之认识的基本理论。它强调了人的正气对于维持机体内的正常生理功能和抗病能力，防止疾病的发生有着极为重要的作用。正气内存，机体的正常生理功能运行有序，抗病能力健全，病邪能有效的防御，疾病不易发生。反之，正气内虚而容易遭受病邪的侵袭，引起疾病的发生。何老师认为，癌症的发生与发展，求其根本原因，也是“正虚”“邪凑”所致，即由于机体内部的正气不足，抗病能力的下降，不能有效地抵御致癌物质“病邪”的侵袭，使之乘虚而入，最后导致癌症的发生。此说亦可从以下几方面得到佐证：①从现代医学对癌症形成，发展之认识来看。现代医学认为，环境中的致癌物质进入人体后，并不能直接使人体产生癌症。这主要取决于机体防御能力（如代谢功能、免疫功能等）的正常与否。防御能力强，致癌物质进入人体后，即能被及时消除、排泄；如防御能力失常（弱），则不能消除致癌物质的入侵，使之在机体细胞内生长、发展，最后形成癌症。因此，许多癌症研究人员指出：“我们每人都有可能在某个时间在体内产生癌细胞。重要的问题在于：我们的免疫系统能不能消除诱发因素或产生的癌变细胞，不使其发展为肿瘤，如果得癌症，意味着机体的防御系统可能在某些方面出现故障。我们的任务是尽一切力量来增强人体的抗癌能力，不难看出，现代医学所说的“免疫功能”、“防御能力”等，与祖国医学之“正气”的内涵和所起的作用，是相一致的。②从发病年龄来看。癌症多发于中、老年者，尤以老年人居多。何也？“男子五八肾气衰……”，“女子七七任脉虚”，说明人到40岁以后，肾气开始虚衰，正气逐渐不足，并随着年事的增高，真虚益甚，机体的正常生理功能和抗病能力下降减弱。因此，容易受致癌物质“病邪”的侵袭而发病。③从临床所见来看，由于种种原因，癌症从形成到被确诊，往往是一个较长的过程。其一经确诊，多数病人已属中、晚期，而到中医就诊者，又

多是经过他法治疗(包括如手术后,或化疗、放疗后,或诸法不见效者),可谓是久病者,而久病者必虚。凡此等等,均说明癌症的发生、发展及其整个病变过程,与机体内正气的虚有着重要关系。正胜则邪退(癌细胞得到抑制或消除,病情控制或减轻乃至康复),正虚则邪进(癌细胞生长、转移,病情进一步发展)。因此,对于癌症的治疗应自始至终以调整正气,培益本元,提高病人的抗病能力,即"不断扶正"为基准,此乃治本之法也。

"扶正"当以补脾益肾为重

"补脾益肾",这是何任老师在临床用来扶正培本的具体措施,此法宗明代李中梓"善为医者,必责根本,而本有先天后天之辨,先天之本在肾,后天之本在脾"之意。何老师认为,脾肾的功能在人的生命活动中起着十分重要的作用,它们是人体正气之所系,生命之根本,故被称之为"肾为先天之本","脾为后天之本"。就肾的功能而言,夫"肾两者,非皆肾也,其左者为肾,右者为命门。命门者,诸神精之所舍,原气之所系也,故男子以藏精,女子以系胞。"(《难经·三十六难》),指出肾中阳气之重要。明·张介宾谓:"命门为精血之海,脾胃为元气之根,水火之宅,五脏之阴气非此不能滋,五脏之阳气,非此不能发。命门有火候,即元阳之谓也,即生物之火也。"这都说明肾("命门")是先天之气蕴藏的所在,人体生化之来源,是生命的根本。从整个肾的功能来看,它还具有"藏精"、"主水"、"纳气"、"主骨"、"生髓"、"开窍于耳及二阴"的广泛功能。而肾精肾气,又包含了"元阴"、"元阳"、"真阴"、"真阳"等。这都提示肾是调节人体生长、成熟、防御、应激、平衡、代谢等各重大作用的所在。而脾之功能,《内经》曰:"脾为仓廪之官,五味出焉,能化糟粕,转味,而出入者也。"说明它是机体正常生理活动所需要的营养物质的来源。其"主运化",能将水谷之精微输养全身而把湿浊之气排泄。"主统血",能使血液在经脉内正常循行。"主四肢、肌肉",能使全身肌肉及四肢得到濡养和健全活动。从脾的整个功能来看,足以说明它对全身的协调活动,特别是对于饮食的消化、吸收、代谢及全身气血等,都有着非常重要的作用。

从上可见,脾肾对于人体的正气,以及整个生命活动,有着至关重要的影响,故被视为"先天之本"和"后天之本"。因而,以补脾益肾来"扶正"、"培本",是切实可行的。在具体应用补脾益肾法时,何老师尤注重扶脾。其认为,如果脾胃这个后天之本生化之源不能好好运化,那末任何补养都不能起到应有的作用,故扶正法亦应以扶脾胃为首位。当然,应视病情需要,或以补脾为主,或以补肾为主,或脾肾双补。临床上何老师常选用的补脾、益气药有:党参、生晒参、太子参、白术、黄芪、茯苓、薏苡仁、红枣、炙甘草等;补肾类有:干地黄、制黄精、制首乌、六味地黄丸、杞子等;补血养阴药有:当归、鸡血藤、女贞子、麦冬、北沙参、西洋参。这些药物经临床和药理实验证明,不但具有良好的补益"扶正"的功效,而且还具有较好的抗突变、抗癌的作用。

审度病势,"适时攻邪"

"适时攻邪",即在扶正基础上适时使用具有解毒消肿、散瘀软坚作用的中药抗癌。何老师认为,选用中药中具有较好解毒消肿、软坚散瘀功效的攻邪抗癌药治疗癌症,是中医临床常用的方法之一,用之适当效果较好,但切忌"粗工凶凶,以为可攻"的蛮干,应根据病情的需要,适时用之。所谓适时,比如说:早期患者,或未作过手术、放疗、化疗,体力尚可的,可以多用些抗癌中药。如果一面在化疗或放疗,即其他医生用攻邪的多了,中药就不一定再用攻癌药等。总之,用攻邪抗癌中药有:七叶一枝花、白花蛇舌草、石见穿、半枝莲、半边莲、山慈菇、猪苓、猫人参、藤梨根、蒲公英等。

“随症治之”，标本兼顾

何任老师认为，癌症的病变是个慢性发展的过程。在这个过程中，每个病人由于体质的不一，年龄、性别的差异，病程的长短，病情的轻重，饮食、环境等的不同，而其所表现出来的症情多种多样，不尽相同。因此，在治疗过程中须视症情而进出。如出现疼痛，发热，出血，水肿等症状，这就要随时加减药物，如解热、镇痛、止血、利尿消肿等。有些轻的合并症状，如化疗后的胃纳差或呕吐等，就应针对症状而用药。具体可根据“急则治其标”，“缓则治其本”，或“标本兼治”进行。在临床上还常见何老师加用宁神安脏之品，他认为，癌症患者烦躁、失眠的不少。

典型病例

沈××，男，45岁。初诊：1991年6月6日。

患者自1990年12月中旬起右上腹持续性疼痛四月，体恶心、呕吐，发热。于1991年4月13日至5月16日住当地医院诊治，并在硬膜外麻醉下作剖腹探查，确诊：胆囊癌晚期肝浸润（癌肿12×10cm）。认为已无法医治，缝合后数天，即送上海某医院，检查结果一样，预言只能存活20天。绝望后回家，请何老师诊治。肝区疼痛较剧，恶心，体较瘦，面色萎黄，两目略黄染，神怠，苔黯，脉弦细。治拟扶正祛邪，佐以止痛。处方：党参18g，黄芪18g，炙甘草9g，猪苓15g，石见穿15g，半枝莲15g，金钱草20g，白芍15g，延胡9g，川楝子9g。七剂。

10月12日复诊：上药七剂后，疼痛、恶心等减轻。自感有效而按原方续进四月，体征消失，纳、便正常，体力渐复。并于10月中旬，先后到原检查医院作复查。经B超、CT等检查。结果一样：癌肿消失。予上方加减又续进四月。现随访近一年，沈某又经多次复检，未见有异。已于去年12月上班工作。

按：本例病虽属晚期，但未作手术切除，正气尚未甚虚，故何老师以补攻并进为主方，因疼痛较剧而随症加用止痛药（白芍、延胡等），扶正攻邪而标本兼治，虽非峻剂，但收效显然。

结　语

综上所述，“不断扶正，适时攻邪，随症治之”是何任老师治疗癌症的重要法则。此法则的主导思想是，以中医治疗癌症应自始至终注重扶助病人的正气，提高其抗病能力。而“扶正”，应从补脾益肾着手，尤以扶脾为要。在不断扶正的基础上，可视病情需要有所侧重：大体早、中期，体力未衰，气血未损甚者，可以偏重攻邪；若晚期或手术后，放疗化疗后，气血衰败者，应以扶正为主，但亦不能忽视攻邪。对于病变过程中出现的各种兼症，可随症加减治之。

（金国梁）

李培生　　运用经方诊治急症的经验

李培生教授善用经方治疗疾病，其创制的经方急症系列剂颇具特色，现依次整理其"喘肿之疾，首选麻黄剂"的经验，以飨读者。

热壅喘咳，首选麻黄连翘清肺剂

《伤寒论》曰："太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病"(宋本6条)。治邪热壅肺作喘之证，用麻杏甘石汤一方(宋本63、162)，历千古而不衰。清·温病学家叶桂续前贤创"温邪上受，首先犯肺……"之说，制"在表，初用辛凉轻剂，挟风则加入薄荷牛蒡之属，挟湿加芦根滑石之流，或透风于热外，或渗湿于热下，不与热相搏，势必孤矣"之大法。(叶香岩外感温热篇)前含寒邪由太阳肌表而入，后论温热之毒由口鼻三焦而传，虽寒温异气，入侵入体途径有别，论治亦各有法度，但"肺主气，其合皮毛，故云在表"，然肺卫受邪，热邪壅肺则一。李老师精《伤寒论》学，通晓温热论之说，结合临证，潜心研探，融寒温之理法方药为一炉，从临床实践中摸索出"寒温统一，妙在神合"之旨，立宣肺平喘，解毒退热之法，首选麻黄连翘清肺剂(麻黄、杏仁、石膏、连翘、大青叶、茅根、芦根、甘草)。方中麻黄辛温宣肺平喘，配杏仁苦温降气止咳，石膏辛寒与麻杏相合、变辛温为辛凉清宣肺卫之蕴热，大青叶、连翘苦寒协麻杏石膏增强清热解毒之功，佐芦根、茅根甘凉生津渗湿于热下，甘草调诸药而和中，全方旨在内清外透，使邪热壅肺之喘咳，烦热、口渴、汗出、脉数，苔或白或黄诸证，由表里上下一齐尽解。辨证的确，效如桴鼓。

病例：张××，男，16岁，1991.6.9初诊。患者发热伴喘咳，胸痛，咯铁锈色痰一天，某院化验：白细胞$14\times10^9/L$，中性0.85，淋巴0.15，X片提示左下肺大片阴影，西医诊断为大叶性肺炎。因患者对青霉素过敏，邀李老师诊视，刻诊时，高热(T：40.5℃)，喘促不安，咳痰不爽，胸痛，口渴喜饮，身微汗出，食纳欠佳，大便一日未行，小便短赤，苔黄舌质欠润，脉浮滑数。诊毕，李老师认为是邪热壅肺证，拟用麻黄连翘清肺剂加味。处方：炙麻绒、炙甘草各6g，生石膏、芦根、茅根各30g，大青叶、连翘各15g，杏仁、川贝母、湘花粉各10g。嘱日服两剂，每隔4小时服药300毫升，药后汗畅出，热减喘平，效不更方，再选一剂，热退身凉咳止，续服一剂诸证悉除。遂拟益胃养阴之法调治5日，复查胸片、血常规，一切恢复正常。

按：本汤剂治疗上呼吸道感染，急慢性支气管炎合并肺部感染，病毒性感冒，肺炎等，确属热邪壅肺作喘证，辨证的确，每用必效。

痰瘀喘肿，急用麻黄葶苈泽仁剂

仲景在《金匮要略》的"痰饮"、"水气"诸篇中，分五脏论水，其言心水曰："心水者，其身重而少气，不得卧，烦躁，其人阴肿，身重。"《千金》作"身肿"。并为支饮证其名："咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿。"盖肺主气，心主血，同在膈上，其宗气积于心中，名曰膻中，是心肺功能的综合。气血津液同源异派，正常运行是人体的营养物质，停而不去则变生痰饮瘀血。六淫七情，饮食劳伤，跌扑损挫等原因，均可使气血运行逆乱，津液停滞于体内，积郁成痰，积痰成瘀，痰瘀之疾于是生焉。《血证论》

谓："血积既久，亦能化为痰水。"推而论之，痰饮积久，亦可导致气滞血瘀。故病此者，有"先病血"和"先病水"的不同。所以，临床所见，痰饮与瘀血为患，不少病者兼而有之，但表现有主有从而已。痰饮在肺，往往波及于心，葶苈子经现代科学研究证明治疗心衰有效，由此可见，喘肿之疾责之于心肺，于理似无不可，后人在治疗肺心病时立法多为：宣肺化痰，止咳平喘用小青龙汤；泻肺逐瘀，利水消肿用葶苈大枣泻肺汤等大法主方，十之七八出自仲景。李老师综观仲圣之说，结合临证，从痰瘀立论，诊治喘肿之疾，拟化痰逐瘀，利水消肿，镇咳平喘之法，制麻黄葶苈泽仁剂（麻黄、葶苈、泽泻、桃仁、杏仁、瓜蒌、苏子、炙草）。方中麻黄配杏仁宣降肺气以定喘，瓜蒌与苏子相合除痰以镇咳，泽泻协葶苈化饮利水以消肿，杏仁辅桃仁通心脉达肺气，以复肺朝百脉之功，甘草和中扶脾以协调诸药。全方功在化痰逐瘀，宣肺平喘，利水消肿，验之临床，多起沉疴之疾。

病例：李××，男，22岁，1991.9.8初诊。自幼患哮喘，反复发作，常因气候变化，寒温不节而发病，严重时使用激素、氨茶碱等不能控制症状，输氧亦不能减轻缺氧状态。因突遭溺水之灾而诱发，生命垂危，李老师应邀前往诊治。刻诊时，病家呼吸困难，张口抬肩，唇绀，呛咳，痰不易咯出，颜面及双下肢浮肿，脉弦数，舌质紫暗苔白微腻，查双肺有干湿性罗音，化验：白细胞 $13\times10^9/L$，中性0.82，淋巴0.18，X片提示：支气管炎合并感染，急性肺水肿伴心衰。中医辨证，寒水迫肺，痰阻血瘀。处方：炙麻绒、桂枝、杏仁、葶苈子、桃仁、瓜蒌、法夏、厚朴各10g，泽泻、茯苓各30g，细辛、甘草各3g。上方连进3剂，身微汗出，溲通，咳止喘平，肿满自消。后以原方加减化裁，续服3剂诸证顿失，如常人。此病乃寒水迫肺，气血津液受阻，变生病害物质，痰饮与瘀血阻于心肺，气机不畅，发为喘肿，单化痰饮而瘀血不去，若只活血化瘀则顽痰结聚，因采用痰瘀同治之法，药用小青龙加茯苓、泽泻、厚朴化饮止咳平喘，葶苈、瓜蒌协桃仁化痰逐瘀，强心通肺利水以消肿，药能中的，故能救危急于顷刻。

按：本汤剂治疗喘息性急慢性支气管炎，肺气肿，肺心病合并心衰等疾病，确属痰瘀喘肿证，辨证准确，灵活运用，疗效卓著。

阳衰水肿，速投麻黄术附泽豆剂

少阴主心肾，病至少阴，多为热病后期，或慢性衰竭性的急重症，此时邪去正衰，正气衰，阳气虚则阴血运行不畅，积瘀则生湿酿痰成饮而致水肿。根据仲景痰、饮、水、湿、瘀相关学说，在《金匮要略》水气病篇论曰："正水其脉沉迟，外证自喘，石水其脉自沉，外证腹满不喘。"及"脉得诸沉，当责有水，身体肿重"和"少阴脉细，男子则小便不利，女子则经水不通，血不利则为水"等水肿病的脉证机理，立其大法为"诸有水者，腰以下肿，当利小便，腰以上肿，当发汗乃愈"。常选用方药有治里水用甘草附子汤，治少阴病水脉沉者麻黄附子汤，温阳利水用真武汤，疗寒饮迫肺之喘咳肿满用小青龙汤，由是观之，仲景治阳衰水肿用麻黄附子较为多见，李老师结合《内经》"开鬼门，洁净腑，去宛陈莝"之说，在临证中立扶阳益阴，化饮泄浊，养血逐瘀利水之法，拟制麻黄术附泽豆剂（麻黄、白术、附子、当归、黄芪、三七、益母草、泽兰、泽泻、黑豆）。方中麻黄开腠宣肺利水，白术燥湿健脾运中，附子温肾强心扶阳，当归黄芪益气补血，三七配泽兰益母草泻浊逐瘀，黑豆与泽泻相合，滋阴健脾利水而不伤阴。本剂具有温而不燥，补而不腻，泻下而不伤正，有刚柔相济之妙。对于治疗慢性肾炎，肾病综合征，以及急慢性心衰病患者，确属阳衰水肿范畴，疗效显著。

病例：陈××，男，16岁，1988.8.18初诊。患慢性肾炎尿毒症，全身浮肿，眩晕，心悸，恶心欲吐，腹大如鼓，腹壁静脉怒张，肚脐突出，食纳极差，阴囊积水，大便溏泻，小便24小时量约50毫升，医告病危，邀先生诊视，初诊时，切六脉沉细而微，察舌质胖嫩边有齿痕，证属肾阳虚衰，脾阳不振，肺失宣降，致水毒饮泛，阴血不足，瘀阻络脉。急拟宣肺健脾温肾，化气行水，逐瘀解毒为法。处方：炙

麻绒、桂枝、杏仁、桑白皮、生姜皮、大腹皮、橘皮络、紫苏、竹茹、焦术、红参、熟附片各10g，泽泻、泽兰、黑豆、车前仁、苡仁、连皮苓、白茅根各30g、甘草6g。水煎温服，服1剂腹泻止，2剂小便通利，3剂肿消，4剂诸症悉除。查尿常规，肾功能，测血压等均正常，追访两年未再复发。

按：笔者仿效麻黄术附泽豆剂，治疗慢性肾炎、肾病综合征，证见脉沉，肿满，小便不利或利，大便溏泄，伴恶心欲吐者数例，运用此法，都有一定的效果。

（王俊槐）

汪履秋　　辨病创方录

汪履秋教授在临床实践中，即辨病，又辨证，勤求古训，博采众方，善于接受新经验，勇于求实创新。他认为，对古代文献缺乏记载的疾病，创设相应的理、法、方、药将势在必行。余在随师诊疗探究期间，聆听讲解，把握要领，细心琢磨，搜集整理了汪教授在处理内科部分疑难杂症时，辨病施用验方的独到经验，兹录几则，以飨同道。

时病类

1. 退热灵

药物组成：银花 15g，连翘 15g，薄荷 10g（后下），荆芥 10g，板蓝根 30g，半边莲 30g。

方义释析：本方具有疏风散邪，清热解毒的作用，其中银花、连翘、板蓝根、半边莲意在清热解毒，降热退烧，究其药性寒凉清解，若不复辛品，则无散邪解毒之效，"风为百病之长"，四时皆有，故再取辛散的薄荷、荆芥二药辛凉、辛温合用，以冀辛平疏风驱邪，共奏散热、清热、退热之功。

临床应用：主治上呼吸道感染和病毒性感冒，包括外感风热证和风寒化热证。临床表现发热重、恶寒轻，或发热不恶寒，无汗或少汗，头身疼痛，苔薄脉浮等。兼见鼻塞咳嗽时，加用杏仁、桔梗、苍耳子、前胡；夹有咽喉红肿疼痛，可参入牛蒡子、山豆根、僵蚕、蚤休之类。

疗效评估：此方集辛温、辛凉、清热药于一体，药性清灵，适应范围广，疗效确切可靠，凡新感外邪、肺卫郁闭者，皆可取其散邪清热，对风热、风寒化热及温热病初起邪在表有"退热灵，一用就灵"之誉，曾对 100 例患者进行观察统计，有效率 95%以上，平均退热时间 48 小时。

验案举例：陈某某，男性，58 岁，南京人。因恶寒发热三天而求诊，查 T39.2℃，头痛微寒，服"APC"能得汗，但热仍不退，舌苔薄黄，脉象浮数，拟用本方煎服，每日二剂，药后次日即热退身凉，诸症悉平。

2. 散卫清气汤

药物组成：银花 15g，连翘 10g，薄荷 10g，石膏 30g，杏仁 10g，桔梗 5g，甘草 3g。

方义释析：本方系从《伤寒论》麻黄杏仁石膏甘草汤演变而成，意取温病"其在表者，汗而发之，到气才清气"，一而辛凉散卫，一面寒凉清气，散卫与清气结合。将麻杏石甘汤中的麻黄易薄荷，改辛温为辛凉，更贴透邪解表之法，方中薄荷配石膏，前者辛凉散卫，后者辛寒清气，拟宗温病传变迅速而立，冀其解表清里并进，又用银、翘合薄荷加强辛凉解表之力；银、翘合石膏专于清气泄热之力，更添散卫清气之效。为弥补开宣肺气、化痰止咳不如麻黄之弊，方中用杏仁配甘桔汤（甘草、桔梗），组方严谨，堪谓外解风热，里泄温热的一首好方剂。

临床应用：散卫清气汤用于治疗肺炎早、中期的卫气同病证，症见壮热微恶寒或不恶寒，汗出不畅，头痛，咳嗽，咯痰白粘夹黄，或伴胸痛，苔黄脉数等。若表证较重可加荆芥、桑叶；里热炽盛时，用知母、黄芩、金荞麦等加强清泄肺热之品；如咳嗽痰多则佐入桑白皮、瓜蒌皮、大贝母、半夏以清化痰热。

疗效评估：本方为早中期肺炎的常用方，无论是病毒性或细菌性肺炎，其卫分证未罢，气分证

已具之时皆可应用，其疗效甚为满意，不但可以控制病情发展，而且能促进病灶吸收。根据多年病例总结，除大叶性、中毒性肺炎需加用抗生素治疗外，其它病例的总有效率在90%以上。汪履秋在回顾治疗肺炎的经验时常告诉我们，本病早期宜散，中期应清，卫气同病者散清结合，至于后期又当从养(肺)和(络)立论。凝聚汪履秋多年的“散、清、养、和”这一治疗肺炎的通则，有着十分实用的临床价值。

验案举例：患者徐某某，男性，35岁，南京人，发热咳嗽三天，胸透提示右下肺炎，血白细胞分类：总数11000，中性79%，淋巴21%。来诊时身热(38.6℃)，微寒咽痛，咯痰白粘难出，右肺可闻及细小湿罗音，舌苔薄黄，脉浮数，四诊合参，拟属风温的卫气同病证，取本方辛散清气，药用银花、连翘、薄荷、石膏、杏仁、桔梗、黄芩、桑皮、法夏、甘草，煎服，每日二付，两天后体温降至正常，咳嗽亦明显减少，后继取清热利肺、化痰止咳之品，药如桑皮、黄芩、杏仁、连翘、牛蒡子、半夏、蒌皮、大贝母、桃仁、桔梗等调治而愈，血白分降至正常，胸透病灶消失。

3.止痢宁

药物组成：白芍10g，黄连3g，黄柏10g，木香5g，槟榔10g，白头翁15g，秦皮10g，马齿苋30g。

方义释析：痢疾一般以湿热痢最为常见，病理总属湿热夹滞，蕴结肠腑，脂络受损，腑气通降不利所致。在治疗上应通调并举，结合清肠化湿，即所谓“无积不成痢，痢先当头下”，“调气则后重自除，和血则便脓自愈。”汪履秋在长期治痢实践中，以临床习用的《保命集》芍药汤和《伤寒论》白头翁汤为基础，逐步对药物加以筛选，最后拟用黄连、黄柏、白头翁和秦皮四味药物作为主药苦寒清利，消除肠中湿热；马齿苋清肠止痢为辨病用药；并配合白芍和血散瘀；木香、槟榔行气消滞，诸药配伍，即能清肠化湿、消导积滞，祛除病因，又可调畅气机，和血消瘀，解除症状。

临床应用：凡急性细菌性痢疾或慢性菌痢急性发作期属肠腑湿热证者，皆为本方的适应范围。症见腹痛、里急后重、痢下赤白粘液；伴有发热、头痛、口苦、溲黄、舌苔黄腻，脉濡数或滑数等。若湿重热轻，泻下白冻较多，舌苔白腻，可加肉桂温阳化湿；如兼湿热上攻，胃失和降，呕吐食少时，适当增入半夏、陈皮、竹茹之类以和中降逆。

疗效评估：本方对急性菌痢的湿热证沿用多年，并制成合剂投入临床，便于服用。经验证，疗效确切，一般三、五日可控制病情，热退痢止，多至七至十天，可治愈。一九八九年通过省级专家评审，正式定名为“止痢宁”，投入临床使用。

验案举例：陈某某，女性，48岁，南京人。因下利、脓血、腹痛伴发热二天来诊，查：体温39.3℃；血白分WBC13400，L87%，N13%，大便常规粘液便，脓细胞(+++)，红细胞(++)；粪便培养有福氏痢疾杆菌生长；腹泻日达二十余次，有红白粘冻，里急后重，腹痛难忍，舌苔黄而微腻，脉滑数，遂取本方制成的合剂，每次100ml，日服四次(每六小时一次，约合方药两付)，并配静脉输液支持，得药次日体温开始下降，下利症状逐步减轻，三天后临应症状全部消失，三次大便培养提示无菌生长。

杂病类

1.加减痛风方

药物组成：麻黄5－10g，桂枝10g，苍术10g，桃仁10g，红花10g，鸡血藤15g，防风、防己各10g，熟附片10g，威灵仙10g，川牛膝10g，全蝎3g，蜂房15g，雷公藤15g。

方义释析：类风湿性关节炎隶属于中医的风湿顽痹之门，古称“历节风”、“尪痹”、“痛风”等，为“风寒湿三气杂至”，痹邪久羁，气血津液运行涩滞，痰浊瘀血闭阻关节所致，汪履秋针对这一病理关键，采用祛风宣湿，化瘀消痰的方法，药用麻黄、桂枝、熟附片温经散寒，以除内在沉寒痼冷；苍术燥

湿利湿;再加防风、防己、威灵仙祛风除湿通过十二经脉,其祛风宣湿效果更佳;取桃红、红花、鸡血藤、川牛膝、制南星等活血行瘀化痰燥湿,可谓面面俱到,丝丝入扣。由于本病久延难治,非一般药物能收全功,故汪履秋又以全蝎、蜂房搜风剔络,雷公藤辨病用药祛风解毒,纵观全方君、臣、佐、使、配合得体,确属祛风渗湿,温经通络,化痰消瘀之良方。

临床应用:本方专为类风湿性关节炎的风湿痰瘀证而设,其适应症有指、趾关节肿胀疼痛,甚则僵硬变形,张口不利或伴有其它关节肿痛,舌苔薄白,脉象细涩等,至于其他疾病(如红斑狼疮)及风湿病变,临床具备关节疼痛者,亦可参照本方加以使用。寒重,痛甚者和川乌、草乌大剂辛热散寒;风胜,游走间痛合白芷、羌活、寻骨风;湿盛、漫肿加苡仁、大腹皮;若痹久邪郁化热,出现发热,关节红肿灼热时,可加石膏、知母、虎杖以清络中之热。此外,痛在上加片姜黄、秦艽;痛在下加木瓜、钻地风等以引经除痹;如肢体肿胀,另加川朴、枳壳、桔梗以行气宣痹;久痹正虚之人,当根据气血、肝肾虚弱程度的配黄芪、当归、熟地、山药、狗脊、桑寄生之类扶正蠲痹。

疗效评估:"类风湿性关节炎"的治疗方法虽多,但中西医目前还缺乏特效理想的临床效果,汪履秋教授在研习中医治痹的古代文献时,尤祟朱丹溪的上中下通用痛风方自成一体,面独具一格。故经多年探索总结,悉心研究,创祛风宣湿,化痰消瘀,佐以枝藤散邪,虫蚁搜剔的治则。自拟加减痛风方,并随证加减,用于临床后,深得病家好评,求诊者门庭若市。轻、中型患者,只要坚持服药,往往可以起到消除病痛的效果。即使是重证病人,若能配用小量激素,亦可达到缓解病情,控制发展的目的。曾对50例患者进行统计,结果总有效率94%,类风湿因子阴转率33%。

验案举例:杜某某,女性,40岁,美籍华人。因四肢关节疼痛三年,指关节为甚,轻度肿胀变形,伴张口不利,血查类风湿因子阳性,血沉60毫米/小时。曾多方诊治,疗效不佳面来华求治。她慕名来诊时,四肢关节怕风,指关节晨僵明显,中医辨证当属风湿入络,痰瘀痹阻为患,故治取祛风宣湿,化痰消瘀法,用本方加寻骨风,初诊服药七付,即收到明显效果,原方继用,共诊治三次,其关节肿胀疼痛程度大幅度减轻,血沉降至30毫米/小时,临床近期疗效十分满意。因患者返国时限将至,故嘱其坚持服药一年,远期疗效,有待信访核查。

2.化斑解毒方

药物组成:制首乌12g,桑椹子15g,紫草10g,土茯苓15g,虎杖30g,生地15g,丹皮10g,水牛角30g。

方义释析:红斑狼疮分为系统型和皮损型两类,前者以侵害内脏为主,后者则皮肤损伤为重,其病理多有共同之处。中医认为,营阴热毒,内伏不去是矛盾的关键所在。所以方中首取首乌、桑椹子滋养肝肾、补益营阴,再用生地、丹皮、水牛角、紫草、土茯苓、虎杖清营泄热,凉血解毒,五药相伍,既突出了清营解毒祛邪的一面,又照顾到久病热灼营阴津液耗伤的另一面,实为祛邪扶正两结合的最佳对策。

临床应用:本方主治系统型红斑狼疮的营阴热毒证,对以皮损为主者亦可选用。临床诊断明确,即可投方取功。若热毒内盛,面郁红斑明显或伴身热起伏者,可加银花、连翘、知母、黄芩等加强清热解毒之力;心悸胸闷,心脏损害指征存在时,加太子参、麦冬、五味子、炙甘草、灵磁石、石决明之类补益气阴、镇怯宁心;病及于肺、咳嗽咯痰,甚则气急不平,则复入杏仁、瓜蒌、半夏、桔梗、郁金、丹参以宽胸利肺,行气化痰;如肝脏受损,功能异常,脘腹胀满,肝区不适,可增加当归、白芍、党参、白术、枳壳、郁金、红花等调理肝脾、健运中州;倘属肾脏损害,出现蛋白尿,除加益气滋阴、分利消瘀的黄芪、党参、白术、熟地、山药、泽泻外,早期可配鲜茅根、鲜芦根;中期选加金樱子、芡实;后期拟取仙茅、仙灵脾以增强消除尿蛋白的药物配伍;关节疼痛,活动不利,酌加桂枝、白芍、知母、防风、雷公藤等祛邪宣痹之品;至于皮损严重,大片红斑,搔痒,又应大剂凉血解毒、散风祛湿为宜;药如茜草、仙

鹤草、赤芍、玄参、蝉衣、白藓皮、苦参、蛇床子等，必要时将水牛角改为犀角磨服。

疗效评估：在多年诊治红斑狼疮的医疗实践中，汪履秋大胆尝试，反复探索，根据热伏营阴，邪毒内蕴的病理特点，精心设计，独具匠心，自拟出这一辨病新方，从临床观察来看，疗效较为满意。大部分病人在明确诊断后，服用较大剂量的激素，来诊时不应仓促减量或停用，首须施用本方结合辨证加减用药，待临床症状得以改善，结合有关理化检查指标，递减激素用量，然后维持，往往收到只用中药或西药难以比拟的效果，且病情反跳、反复极为少见。再有部分轻型患者，以一开始就使用本方中药治疗而不予激素，临床疗效同样满意(此需严格选择病例为妥)。

验案举例：刘某某，女性，30岁，盱眙县人。患者自90年11月出现关节疼痛，面部红斑，小便次数增多，并伴浮肿腹水，住省人民医院诊治，查血抗核抗体阳性，DSDNA阳性，血沉126毫米/小时，尿蛋白＋＋＋，采用激素治疗，病情好转出院，诊断为狼疮性肾炎。来诊时，一面维持原有治疗方案，一面辨证结合辨病，取化斑解毒汤加味，药用首乌、桑椹子、土茯苓、紫草、虎杖、生地、熟地、山药、黄芪、白术、苡仁、泽泻、墓头回、六月雪、红花等加减，及至次年8月尿蛋白开始逐渐减，乃至消失，血沉正常，近五个月来精神很好，无临床所苦，尿蛋白一直阴性，外观如一常人。但为了巩固疗效，仍以中药加强的松(每日5mg)维持，以期根治全功。

3. 贯桑饮

药物组成：贯众15，田基黄15g，桑椹子15g，土茯苓15g，平地木15g，虎杖30g，丹皮10g，郁金10g。

方义释析：乙型肝炎往往没有临床表现，中医对此似乎无证可辨，为了攻克这一难关，变不知为知之，汪教授根据甲型肝炎的一般病机推测，认定本病的病变部位仍在肝脾，湿热疫毒还是它的主要病理因素，故将治疗方法重点放在清热解毒、顾护肝体上，他参阅古方，搜集验方，自创抗乙肝、解毒邪的贯桑饮，为防治本病的百花园中又添一新葩。本方首选苦寒的贯众、田基黄、土茯苓、平地木、虎杖等，入肝脾以清热解毒，化湿辟秽，为抗乙肝病毒的辨病用药；《普济方》有桑椹子善治水肿胀满的记载，因其味酸气凉，能养肝肾，利水消胀；再配上郁金、丹皮二药理气行瘀，更为全面，以利改善肝功能，恢复气血的正常运行。统观全方，用药简明，意味深长，既不失中医辨证用药的传统特色，又参进辨病内容，针对性强，为今后如何走辨证结合辨病之路，开拓了一条崭新的途径。

临床应用：贯桑饮用于无临床症状的乙肝患者及乙肝病毒携带者，然具有临床表现的乙肝同样是本方的适应指征。若体见肝区胀痛、脘腹满闷不适之时，可加柴胡、枳壳、白芍、郁金、川楝子、红花等；如湿热蕴结、肝脾气滞，舌苔黄腻、脘腹胀满、食少泛恶，小便黄赤，则增入苍术、厚朴、半夏、木香、黄连、枳壳、泽泻之类；伴SGPT增高，应加用白花蛇舌草、茵陈、垂盆草、苦参、半枝莲等；病久迁延，瘀阻络脉，或正虚肝脾不调，可取桃仁、丹参、红花、三棱、郁金、枳壳理气活血、和络止痛，亦可用当归、白芍、党参、黄芪、白术、茯苓、陈皮、半夏等养肝调脾，扶正补虚。

疗效评估：乙肝的治疗，目前中西医还缺乏理想的特效方法，汪教授驰骋医海，自制贯桑饮，把焦点集中在辨病用药上，为今后不断开发中医未知领域，纵深发展，树立了典范。经过临床实践，确具较好疗效。但由于观察病例有限，确切的有效、治愈率未得统计，有待继续实施予以评价。

验案举例：患者嵇某某，男性，南京人。初诊时除表现为上腹偏右，即胆囊区域胀满、压痛外，余无特殊痛苦，B超提示胆囊壁模糊粗糙，血查肝功：SGPT110单位，KGT68单位；乙肝两对半HB_sAg(＋)，抗－HB_c(＋)。根据辨病为主，结合辨证的原则，治选贯桑饮加柴胡、枳壳、蛇舌草，连续服药一月，SGPT、r－GT均明显下降，胆囊胀痛大减，原方继进三月，复查除HB_sAg(＋)外，余项全部正常，临床症状亦消失，为了巩固已得成效，患者仍在服药治疗之中。

4. 二地苦青汤

药物组成：地骨皮 10g，地锦草 15g，苦参 10g，青黛 5g(包)，僵蚕 10g，泽泻 2g。

方义释析：这是一首治疗糖尿病的通俗验方，首取地骨皮性寒味苦，降肺火，退虚热，系针对上焦阴虚燥热而设；地锦草善清胃肠之热，鲜药效果更佳，"文革"盛行一根针一把草治病的年代曾将两药合用，虽未进行系统临床小结，但确留有满意疗效的印象。汪履秋在此基础上，又经理论指导与药物实践，加入泽泻、苦参利下焦、制肾火；青黛、僵蚕擅走心肝而降火止渴，全方既体现上、中、下同治的传统特色，又包含辨病用药的新意。

临床应用：二地苦青汤用于糖尿病的非胰岛素依赖型，上、中、下三消均为相宜。症见"三多一少"(多饮、多食、多尿，形体逐渐消瘦)，或三消并不明显，但检查尿糖、血糖增高者。如阴伤肺燥较重，口渴多饮，加沙参、麦冬、天花粉、芦根；胃热津伤，消谷善饥，以中消为主时，则加石膏、知母、麦冬、石斛清热养胃；若下消溲多，应复入生地、熟地、山药、玄参、枸杞子等以滋肾清热。此外，久病阴伤气耗，或血虚血滞之时，应参用党参、白术、黄芪及当归、川芎、桃红、红花等补气养血行血之品。

疗效评估：糖尿病隶属中医的消渴范畴，其病理总属阴虚燥热。先贤辨治，多从三消分位论治，立法、遣方、用药。汪教授不墨守陈规，敢于突破老框框，强调辨病用验方，从整体观念出发，将脏腑燥热捆于一起，精选药物，优化组合，从而起到降糖的效果。并在此基础上，参合三消辨证，合理加减变化，达到减轻或消除症状的效果，可谓一举两得，获效满意。实践证明，运用本方，结合清肺胃、养肝肾的辨证用药，再配合适量的消渴丸之类降糖之品，对轻、中型的糖尿病患者，确能较好地控制尿糖和血糖，即使久病重型，只要坚持服药，同样可以缓解症情而带病延年。曾对 20 例患者疗效初步统计，有效率在 85%左右，血糖由治疗前平均 220mg%降至 140mg%。

验案举例：李某某，女性，58 岁，南京人。身患糖尿病已二年左右，虽经控制饮食，采用消渴丸治疗，但病情始终取效不理想，来诊时，查尿糖(+++)，空腹血糖 230mg%，口渴多饮，小便量多，腰酸乏力，大便干结，苔薄白，脉细数，遂拟本方侧重降糖，并增入清肺胃，养肝肾的南、北沙参，麦冬，天花粉，生，熟地，山药等，连服二旬后口渴显著减轻，大便亦见减少，复查尿糖降至(+)，效不更方，坚持追进，约二月余，患者症状基本消失，尿糖转阴，空腹血糖正常告愈。

5. 加味通关丸

药物组成：知母 10g，黄柏 10g，肉桂 3g(后下)，桃仁 10g，乌药 10g，菖蒲 5g，泽泻 12g。

方义释析：通关丸又名滋肾丸，出自《兰室秘藏》，功能化气行水滋肾降火，主治下焦湿热，膀胱气化不利，症见小腹胀，小便不利等。由于湿热稽留不去，久则可水热互蓄下焦，水不行，热不去，必然影响气血的运行，气机阻滞不畅，血络瘀阻不通，从而使水、热、气、瘀互为交融，导致窍(尿)道、膀胱更为不利，日积月累，出现小腹胀满更甚，小便艰少，直至癃闭不通。汪履秋根据这一病理演变规律，在化气行水、清利湿热、主用通关丸的基础上，新增入乌药、泽泻理气行水，助膀胱气化，以冀气行水即行的效果；再配桃仁、菖蒲活血利窍，助尿液外排。菖蒲一药，具芳香清冽之气，辟秽浊不正之邪，组方选用，意在滑利窍络、促进排尿，以便"浊阴出下窍"。合而言之，全方集利水、清热、理气、活血、利窍于一体，确可起到增强消水排尿之功。

临床应用：本方主要用于多种疾病后期所导致的腹胀溲少，甚或癃闭之证。诸如慢性肾炎肾功能不全，晚期肝硬化腹水，系统性红斑狼疮伴发肾炎，肾功能不全，前列腺增生、肥大等。临床症见小便艰少，排尿困难，甚别癃闭不通，伴见腹胀浮肿，即可择其投用。如有脾肾阳虚进，另加附子、巴戟天、黄芪、党参、白术、茯苓、车前草等温补脾肾、益气利水；若肝肾阴虚者，可加沙参、麦冬、石斛、熟地、山药、杞子、泽泻、茯苓以补益肝肾、化湿行水。此外，小便难下，艰少不利，用一般淡渗分利之品，难以获效者，还可配服蟋蟀粉、蝼蛄粉、沉香粉，或外敷皮硝、田螺、加冰片(或麝香)。如兼大便不通，当取"二便不通，选通其后"之意。暂采用攻下逐水的方法，药如控涎丹、大戟末、甘遂粉、芫花末冲服

(任选一、二种),用量不宜太多,以免泻下太重,耗伤正气。

疗效评估:小便不利,甚或癃闭不通,往往出现在多种慢性肝肾疾病的后期,其时病理,矛盾错综复杂,水、热、气、瘀诸多病理产物融会交合,盘根错节,形成浊阴内踞、窍通不利之势。本方的提出,就是在深入研究,追溯根源,增加行气、活血、利水、滑窍之品,更使通关丸完整、全面,其实用价值更加广泛。经临床实践后,这别具一格的验方,确可起到促进排尿的效果,从而增强了向难症攀登、攻克的信心。

验案举例:郑某某,女性,38岁,江宁县人。患狼疮肾炎二年余,长期用激素雷公藤治疗,病情时好时差,尿蛋白难以消减,后加中药内服,前医侧重益肾分利,半年余,症情控制依然不够理想,小便艰少,周身浮肿不去,近来转由汪履秋教授诊治,查舌苔薄白,脉细小数,一般情况尚好,唯浮肿十分明显,小便量少艰涩,改用消斑解毒汤合加味通关丸加黄芪、白术、白茅根等以补脾肾、益肝肾、化瘀毒、消水湿,药后半月左右,小便明显增多,浮肿消退殆尽,体重下降十余斤。为巩固疗效,消除病根,尔后一直谨守红斑狼疮这一矛盾的主导方面,施方遣药,辨病结合辨证,逐步使病情趋向稳定。

(王顺贤)

张志雄　运用豆豉治疗伤寒热病的经验

张志雄教授擅治伤寒热病著称，尤其善于运用豆豉配伍诸药来进行辨证施治。

豆豉治伤寒之滥觞

豆豉是黑大豆经与表散药物同制发酵而成的，故有疏散宣透之性，既能透解表邪，又能宣泄郁热，具有散不伤阴的特点，应用豆豉治疗伤寒热病起源于仲景，在《伤寒论》中有五个方剂使用了豆豉。栀子豉汤用于虽经汗吐下，伤寒之邪仍未解，乘人之虚，客于胸中，胸中郁热，因此而生虚烦不得眠、心中懊侬等症；也用于下后，热郁胸膈而出现的烦热、胸中窒；还用于伤寒五、六日，大下之后，身热不去，热邪乘虚，结于心中（胸中），因结致痛的心中结痛症。在栀子豉汤的基础上，作为随证施治之法，仲景尚有二方，若热伤气，出现少气者，加甘草益气和中，即栀子甘草豆豉汤；若呕吐加生姜降逆止呕，此即栀子生姜豉汤。至于大病瘥后，余热未尽，气血未复，若起居不慎，饮食不节，而致劳复者，仲景用枳实栀子豉汤以清其热，调其里气，祛邪安正。此外，在治疗“病如桂枝证，而见胸中痞硬，气上冲不得息”的瓜蒂散中，也发挥了豆豉轻清宣泄的作用。由此可见，仲景无论在治疗伤寒五、六日或大病瘥后，不论伤寒前、中、后期，只要见到外邪未尽、内有郁热，均可应用豆豉以透解表邪，宣郁除烦。

张氏运用豆豉的经验

张氏继承发扬了仲圣的经旨，认为尽管伤寒热病涉及的范围较广，包括的病种也多，但从临床发病来看，总不外乎“新感外袭”和“伏气内发”两个类型。新感虽有寒温之分，但外邪的侵犯是由表入里，所以治宜表散，勿使内传；而伏气因新感引动由里出表，治疗上应予透达，导邪外出。除阳明腑证可用下夺之法外，新感与伏气的出路同在肌表。所以“表”与“透”是伤寒热病临床治疗的中心环节，重点在于祛除病邪。同时结合天候地气，考虑到南方多湿，且无北地的寒凝，所以除太少两感的夹阴伤寒，邪在表者，若偏于寒，不必专赖麻、桂的辛温，辛温反助邪热；偏于温者也不宜于桑菊、银翘的辛凉，辛凉恐遏邪湿。张氏认为豆豉兼“表”和“透”的功效，性味微苦微温，苦而不寒，温而不燥，发汗不伤阴，并能针对伤寒热病易于夹滞的特点而除烦化滞，且无凉遏之弊，因此是治疗新感与伏气的至当不易之品。张氏在治疗伤寒热病的整个病程中，打破了温热学派传统的汗禁，充分发挥豆豉所具有的既表且透的双重作用，无论早、中、后期均以豆豉为主组方，灵活化裁葱豉、栀豉、黑膏（生地、豆豉、猪脂、雄黄、麝香等组成，《肘后方》）诸方和玉雪救苦丹（由豆豉等48味药组成，为张氏验方，后被谢蕙庭收入《良方集腋合璧》）等丸散，贯彻表透为治疗中心的精神，时时重在祛邪，刻刻护阴保津，表有发表、解肌以及育阴以滋汗源等区别；透也有清透、温透，或化湿开达邪之路的异殊。

上海张氏医学流派一贯主张兼取伤寒、温病之长，综合运用于临床辨证施治。虽不取伤寒学派所注重的麻桂辛温，但习用于贯穿病程的豆豉是经麻黄水浸制的；也不取温热学派的汗禁和早施辛凉，但吸取了清热育阴的特长，结合豆豉的透达用之于壮热伤阴的伏气温病。当邪热内陷，出现化燥劫津，动血动风的重症时，常用《肘后方》黑膏而加减出入，选取豆豉、生地二味同为主药，既能疏肌

透达，又能卫护阴津。一般在服药二、三天后，原先黄灰糙腻边尖露红，或焦黄焦黑燥裂质绛的舌苔等会迅速全部化去，转成光绛，热势亦渐衰，神识也渐清，出现正胜邪却，阴液来复的先兆。舌苔的速化如同整张锅巴被铲起，上海人称锅巴为"饭滞"，故此法习称为"铲饭滞"。铲饭滞要处理恰当，铲得不好会铲破锅底；铲得恰当，则邪湿痰热余蕴得以清撤，化源重获滋生。这里的关键，即主用豆豉、生地外，还兼用天竺黄、胆星。此时虽大部分有形的邪湿已化成无形的燥热，大剂育阴清热，固可摒退炎蒸，然剩下无多的邪湿，必借豆豉的透达，胆星的苦温（胆星虽经制过，尚微带苦温之性），才能与痰热尽蠲。没有生地的柔润，竺黄的甘寒，焦燥的舌苔脱不掉；没有豆豉的透达，胆星的苦温，糙腻的舌苔铲不去。

总之，黑豆性平，作豉则温，既经蒸煮，故能升能散，且为宣郁之上剂。上海张氏医学流派在继承发扬仲景应用豆豉的经验基础上，以豆豉为主配伍诸药治疗伤寒热病，并运用于整个病程，合山栀有表里双解之功，配生地可治阴虚表邪之症，伍葱白治伤寒初起，临诊治验仍为今人所常用。

（张存义）

赵培贵　血精治验体会

血精属于祖国医学"血证"范畴，是男子生殖系统疾病之一，临床极为少见。现代医学称之为"精囊炎"。它的主要症状是性交时射出肉眼能见到的血色精液，伴有小腹坠胀疼痛，睾丸时有隐痛或抽痛。

本文病例摘自赵培贵老师临床医案。我们选了三则典型的血精病例，整理如下，以供参考。

病例一，刘××，男，35 岁，已婚，装卸工人，1990 年 9 月 23 日初诊。

患者近两年来性交时所射出的精液为血性，先后出现数次，血量时多时少，近几个月来病情加重，经西医诊断为"慢性精囊炎"，曾用抗炎止血药物治疗，无明显效果。

主症：性交时射出精液为血性(肉眼可见)，色红质稠，伴有小腹坠胀隐痛，睾丸时有隐痛，尿黄少，心烦，口干，盗汗，手足心热，腰膝酸软无力等症。

查体：面色白，两颊潮红，唇干，苔薄黄，脉弦细而数，外阴无异常，双侧睾丸等大，副睾无肿痛，硬块，左侧精索静脉曲张(++)，前列腺(—)。

精液常规化验：脓 C(++)，红 C(++++)满视野，活动力 15%，形态正常 80%，畸形 20%。

辨证：阴虚火旺，上扰精室，迫血妄行。

治则：滋阴降火，清热凉血，止血。

方药：知柏地黄汤加减治之。

生地 50g，山萸肉 30g，山药 30g，丹皮 15g，泽泻 15g，茯苓 15g，知母 15g，黄柏 15g，旱莲草 15g，女贞子 15g，小蓟 20g，甘草 5g，水煎服，早晚各 100ml。9 月 26 日二诊，病人服药三剂后，症状明显减轻，精液色变淡粉红，小腹及睾丸隐痛消失，唯体倦乏力，小便黄少，脉沉数无力。原方加淡竹叶 15g，水煎服。

9 月 29 日三诊，病人又服三剂后，小便正常，血精消失，舌苔白，脉沉，左侧精索静脉曲张不明显，唯有头晕，周身无力。精液常规复查未见脓 C 和红 C，病已痊愈。为了扶正固本，继服六味地黄丸月余即康复。

按语：本病例由于肾阴不足，相火偏旺，扰乱精室，迫血妄行而生病，症见性交时射出血精，兼有少腹及睾丸隐痛等症，故治以滋阴降火，凉血止血之法，收到显效。

病例二，王××，男，26 岁，已婚 建筑工人，1986 年 3 月 15 日初诊。

主症：性交时射出精液为血性，色紫红，精液中带有血块，量时多时少，兼有小腹胀痛，睾丸隐痛，腰膝酸软，体倦乏力等症。

查体：舌质紫红，有瘀斑，苔白，脉沉涩，小腹拒按压痛(+)，小便正常，副睾压痛(+)，不肿不硬，淋巴结无肿大，左侧精索静脉曲张(+)，前列腺(—)。

精液常规化验：脓 C(—)，红 C(++++)充满，活动力 25%，形态正常 85%，畸形 15%。

辨证：房室太过，伤及血络，血随精出。

治则：活血化瘀，祛瘀生新，止痛止血为主，佐以益气补肾之法。

方药：桃红四物汤加味治之。

桃仁 20g，红花 20g，赤芍 15g，川芎 10g，当归 25g，元胡 15g，生地 30g，枸杞子 25g，丹参 15g，白茅根 15g，血余炭 15g，杜仲炭 15g，川楝子 15g，甘草 5g。

水煎服，早晚各服 100ml。

3 月 18 日二诊，病人服药六剂后，病情明显好转，小腹及睾丸疼痛消失，唯精液中可见少量血色，自觉休倦乏力，故按原方去川楝子，元胡，加黄精 30g，山药 30g，继服五剂。

3 月 25 日三诊，血精消失，周身无不适，精索静脉曲张不明显，精液复查正常，病告痊愈。

按语：本病例由于性交太过，血络损伤，血随精出而发病。症见性交时射出精液为血精，或精液中带有血块，色紫红，伴有小腹及睾丸压痛等症，故治宜活血化瘀，祛瘀生新，止痛止血法，佐以滋阴补肾治之，方可取得满意效果。

病例三，李××，男，33 岁，已婚，某厂工人，1983 年 15 月初诊。

患者结婚九年，近几个月来，性交时射出精液为血色，尿频数，量少，小腹痛，西医诊断为"肾盂肾炎合并前列腺炎"。

主症：性交时射出血性精液，量多，色鲜红兼有小便频数且尿少黄赤，尿时涩痛，小腹坠胀痛，下引睾丸疼痛，腰膝酸软无力等症。

查体：面色白，唇干，舌质红，苔白微腻，脉沉数，小腹压痛（＋），外阴无异常，两侧睾丸等大，副睾不肿不硬，淋巴结无肿大，左侧精索静脉曲张（＋），前列腺（－）。

化验结果：尿常规：尿蛋白（＋），红 C2－3，白 C10－15，脓 C（＋），精液常规：脓 C（＋），红 C（＋＋＋＋）充满，活动力 20%，形态正常 80%，畸形 20%。

辨证：性交不洁，下焦湿热蕴结，薰蒸上延，上扰精室，血热妄行，而致血随精出。

治则：凉血止血，清热利尿法，佐以益气补肾。

方药：小蓟饮子加减主之。

生地 40g，小蓟 25g，滑石 15g，木通 15g，炒蒲黄 10g，淡竹叶 10g，藕节 15g，当归 10g，焦栀子 15g，炙甘草 7.5g，公英 15g，双花 20g，侧柏叶 25g，女贞子 15g。

水煎服，早晚各 100ml。

9 月 15 日二诊，病人服药五剂后，病情好转，血，尿常规复查均正常，唯精液中仍有少量血液，自觉周身无力，精索静脉曲张（±），故按原方去双花、公英、滑石，加黄芪 30g，熟地 20g，大枣 5 枚，继服四剂，水煎温服。

9 月 19 日三诊，服药四剂后诸症消失，复查血常规（－），尿常规（－），精液常规（－），病已基本痊愈，为巩固疗效，改服六味地黄汤加黄芪 30g，枸杞子 15g，桂枝 15g，五剂，水服，以滋阴补肾，恢复元气。

按语：本病例由子性交不洁，下焦湿热之邪袭入，循经上延，薰蒸精室，血热妄行所致。症见性交时血精量多，色红较深，兼小腹坠痛，尿频数黄赤等症。故治以凉血止血，清热利尿为主，佐以益气补肾法治之，取效满意。

体　会

1、祖国医学对"血精"的病机，辨证与治疗资料记载甚少，只有《诸病源候论》和《医宗必读》等书中略有记载。《诸病源候论》中说："肾藏精，精者血之成也，虚劳则生七伤六极，气血俱损。肾家偏虚，不能藏精，故精血俱出。"指出了血精的病因、病机。赵老师根据多年临床观察，将其具体归纳如下：①肾阴不足，相火偏旺，上扰精室，迫血妄行而致血精。②性交不洁，下焦湿热乘之袭人，循经上延，湿热薰蒸精室，血热妄行所致血精。③房劳太过，损伤血络，血随精出而致血精。以此进行辨证

治疗，疗效满意。

2、血精证一般常与遗精、尿血同时发生，但大多数血精属于虚证，尤以阴虚不足，阴虚火旺者居多，即使湿热蕴结于下焦，湿热之邪熏蒸精室，血热妄行之血精，病久亦常有阴虚不足之证，所以治疗时佐以滋阴药物。病久亦可致瘀血，故以理血、活血、止血药物，随症变化，加减应用。

3、赵老师特别强调血精症在治疗前要首先隔房，节制房室以防伤肾。在治疗时要坚持审证求因，辨证施治，灵活用药为基本原则，不能单纯拘泥一方进行治疗，要根据病情的不同特点进行施治。例如病例(一)中的知柏地黄汤加减，方中女贞子味甘苦，平补肝肾，旱莲草味甘酸性凉，滋肝肾凉血热，有助滋阴降火凉血之功，使之补而不腻，侧柏叶味苦涩微寒，小蓟味甘凉，加速凉血，止血之功。如果主症准确，处方得当，药物用量知度，可取神效。

4、血精证的感染途径，主要见于尿道，前列腺感染，次之血行淋巴感染，大多数致病菌为金葡菌、链球菌、大肠杆菌等。再者，因性交激素的作用以及平滑肌与血管收缩，致使精液中渗混着大量红C、脓C而呈血色。

综上所述，因血精临床少见，历代资料记载又不详尽，所以有关病因病机，辨证与治疗，还有待于进一步研究与探讨。赵培贵老师在本病治疗中理法明确，方药得当，审证求因，有的放矢，充分体现了中医辨证施治的整体观念，收到确切的疗效。对此经验加以总结，对指导血精证的治疗很有意义。

(王而耕　杨美华　赵倩)

易希园　治疗乙肝三法

乙型肝炎是病毒性肝炎的一种，且在临床上常见，其传染性强，治疗上比较困难，而且容易出现反复，部分病人治疗不及时或治疗不当有演变成慢性迁延性肝炎、慢性活动性肝炎乃至成肝硬化之虞，它严重地威胁着人们的健康。易老师根据多年来的临床经验，将中医的辨证与西医的辨病有机地结合在一起，有自己独特的治疗方法，临床上颇有疗效。

易老师认为，乙肝病毒主要是机体免疫功能低下，血液为其主要感染途径。祖国医学对本病的认识一般概括的"黄疸"、胁痛等范畴，没有专门的论述，病因病理为正气虚弱，肝郁湿热，肝阴不足，以饮食不洁，劳倦过度，情志不畅等为诱发因素。临床表现多为左胁部或两胁疼痛，疲倦乏力，腹胀，食纳不佳，恶心呕吐，有的还出现黄疸，还有部分病人无明显自觉症状，在进行健康检查时被发现，易老师将乙肝病人辨证分型为湿热蕴蒸，脾虚气弱，气滞血瘀三型，总的病机是正虚邪盛，治疗上主张以扶正祛邪为其大法。治疗遵循清热解毒、利湿退黄；健脾益气、疏肝解毒；疏肝理气，活血化瘀三大法则。

清热解毒利湿退黄

本法适用于乙型肝炎初起的湿热蕴蒸型，主要见症为左胁疼痛或两胁疼痛，脘痞泛恶，口干口苦，食欲减退，疲乏无力，甚则黄疸，小溲黄赤，便溏不爽，舌红苔黄或白腻，脉弦滑或数等。肝功能化验有损害等，治宜清热解毒，利湿退黄。

基本方：茵陈 30g，连翘 15g，银花 15g，藿香 10g，厚朴 10g，白蔻仁 g，郁金 10g，石菖蒲 10g，山栀 10g，木通 10g，板蓝根 15g，蒲公英 15g。发热明显加柴胡，便秘加大黄，黄疸加田基黄，鸡骨草。

方中藿香、白蔻仁、石菖蒲芳香化浊；银花、连翘、板蓝根、蒲公英清热解毒；茵陈、木通、山栀清利湿热、退黄、利小便，使邪从小便而出，此乃湿必利小便之意；郁金行气解郁，清热凉血；厚朴辛开苦降，调中行气化湿。全方有清热解毒，利湿退黄之功效。

病例一，易× 女，14 岁，学生，1992 年 3 月 11 日就诊，症见精神疲乏，恶心厌油，右胁疼痛，口干口苦、发热、小溲黄、大便溏而不爽，日 2 至 3 次，舌质淡红，苔薄黄腻、脉弦滑。查体：巩膜轻度黄染，肝区叩击痛阳性，肝脾未扪及。肝功能检查：血清谷丙转氨酶 120 单位，黄疸指数 12 单位，麝浊 8 单位、锌浊 10 单位、查乙肝系列 HB_sAg(+)、HBEAg(+)、抗—HBC(+)，西医诊断为病毒性乙型肝炎，中医辨证为湿热蕴蒸，治宜清热解毒利湿退黄。药用：茵陈 30g，板蓝根 15g，田基黄 30g，山栀 10g，藿香 10g，厚朴 10g，白蔻仁 5g，蒲公英 15g，银花 15g，连翘 10g，郁金 10g，木通 10g，茯苓 15g，柴胡 15g，甘草 10g。服上方三十余剂，腹痛消失，食纳增加，肝功能恢复正常，HB_sAg 弱阳性，前方增损调理一月后，患者能继续学习，无不适感觉，复查 HB_sAg 已转阴。

健脾益气疏肝解毒

本法适用于乙型肝炎湿热蕴毒期病人通过治疗后湿热症状消失而脾气虚弱，精微不化，疲倦乏力，气短懒言，不思饮食，舌质淡红，脉细弱，以及临床症状不明显而检查乙肝系列三阳性诊断为

乙型肝炎的患者，拟健脾益气、疏肝解毒之法，补人体之正气，增强人体的免疫功能，以提高机体的抗病毒能力，从而达到扶正祛邪目的。

基本方：人参10g，黄芪20g，白术15g，大枣15g，枸杞子15g，茯苓15g，猪苓20g，五味子10g，女贞子10g，山豆根5g，板蓝根15g，黄连5g，虎杖15g，鱼腥草29g。如大便不爽宜去山豆根，五加皮，蚕砂，加砂仁6g，扁豆15g。

方中人参、黄芪、大枣益气健脾，茯苓、白术健脾渗湿；诸药合用健脾益气，使脾的运化功能正常，特质精微化生，鼓舞人体正气以驱邪外出。五味子生津收敛，现代药理证明五味子有明显降转氨酶作用以保护肝脏，五加皮、女贞子、枸杞子滋补肝肾、养血润肺，生津。《本草正义》云："枸杞子味重而纯，故能补阴，阴中有阳，故能补气，所以滋阴而不致阴衰，助阳而不使阳旺。"它是劳乏内热补益之要药。柴胡疏肝解毒，升阳举陷，贯仲、黄连、板蓝根、虎杖、鱼腥草清热利湿解毒，据现代药理研究它们都具有很强的抗病毒作用。蚕砂、猪苓利水渗湿，除湿经浊，使邪从小便出，全方具有健脾益气而增强人体正气，清热疏肝解毒而驱除病邪之功能。

病例二，安×，男，32岁，工人，1991年10月5日初诊，主症：右上腹部隐痛，疲乏无力，不思饮食，舌质淡红，苔薄白腻，肝功能检查未发现异常。乙肝系列检查：HB_sAg(+)、HB_eAg(+)、抗－HB_C(+)，西医诊断为病毒性肝炎HB_sAg(+)慢性活动型，中医辨证为脾虚气弱，服用基本方六十余剂，症状消失，食纳增加，检查乙肝系列两次，均已全部转阴。随访半年，未见复发。

疏肝理气活血化瘀

本法适用于乙型肝炎急性期过后因故导致的慢性迁延型肝炎或肝硬化，以及肝硬化腹水的患者，症见两胁或胀痛或呈针刺样疼痛，痛处固定，或有痞块，面色黧黑，舌质暗红有瘀斑点，苔薄黄或少苔，脉弦涩，治宜宜疏肝理气，活血化瘀。

基本方：当归15g，枳壳10g，柴胡15g，青皮10g，䗪虫6g，鳖甲15g，茜草10g，地龙10g，鸡内金10g，白芍15g，丹参15g。若气滞明显加木香10g；痞块坚硬加蝼蛄3g，蜣螂5g；气虚加人参10g，黄芪20g。

方中柴胡、枳壳、青皮疏肝理气，䗪虫、鳖甲、当归、地龙、白芍、丹参活血化瘀，软坚消结，鸡内金消积化瘀、凉血止血，茜草具有止血而不留瘀的功效。全方具有疏肝理气，活血化瘀的作用。

病例三，娄×，男，22岁，农民，1990年8月23日初诊：患者90年8月4日因全身浮肿，腹水，发热，呕血，大便色黑，在当地县人民医院B超检查报告为肝硬化腹水。乙肝系列检查HB_sAg(+)、HB_eAg(+)、抗－HBC(+)，就诊时见面色黧黑，右胁疼痛，痛处固定，痛如针刺，腹胀如鼓、全身浮肿，见肝掌，查肝功能正常，乙肝系列同前，西医诊断为乙型肝炎、肝硬化腹水，中医辨证为肝脉失和，瘀血阻络，治宜疏肝理气，活血化瘀法。药用当归15g，枳实10g，柴胡10g，青皮10g，䗪虫6g，鳖甲15g，黄芪20g，茜草15g，地龙10g，鸡内金6g，白芍15g，丹参15g，甘草6g，水煎服，每日一剂，服药三十剂，全身浮肿、腹水消退，食纳增加，复诊时调整处方以补中益气汤加五味子10g，茯苓10g，枸杞子15g，女贞子15g，猪苓15g，丹参15g，三十剂，两方交替使用，先后服药二百余剂。检查肝功能正常，乙肝系列仅HB_sAg弱阳性，追踪至今。复查HB_sAg仍为弱阳性，病情稳定，已能从事一般农活。

（唐群辉）

李玉奇　　脾胃病望诊新论

望诊是中医诊疗疾病的重要手段。它的范围广泛，内容丰富。从《内经》时期至今已有很大发展，近有"观眼识病"、"观耳识病"、"观手识病"等理论出现，进一步丰富了望诊的内容，为广大的中医工作者提供了宝贵的诊病方法。我的老师李玉奇教授在脾胃病的望诊方面特别是望舌的经验，别具一格，是前人未论，方书未载的独特经验。

另外，李玉奇教授还通过胃镜，对胃腑内部形态的观察，提出了胃病的辨证与胃内形态变化统一性的见解。本文就舌诊和胃内望诊介绍如下：

舌诊新论

舌诊在中医望诊中居十分重要的地位。在一些特殊的疾病或一些疾病的特殊时期，舌象是中医辨证唯一可靠的根据。正如《临证验舌法》一书中指出："凡内外杂证，亦无一不呈其形，著其色于舌……据舌以分虚实，而虚实不爽焉，据舌以分阴阳，而阴阳不谬焉，据舌以分脏腑，配主方而脏腑不差，主方不误焉。危急疑难之倾，妇女幼稚之病，往往闻之无息，问之无声，而唯有舌可验。"李老师研治脾胃病，则更重视舌为心之苗，脾之外候，舌苔乃胃气熏蒸之理论。在研治胃病过程中，着重地研究了舌的变化。

1、观舌先看舌体之形

(1)板状舌体

板状舌体，舌体平直，宛若木板。伸缩自由，舌尖椭圆。脾胃虚弱之象，此种舌体多为浅表性胃炎或萎缩性胃炎的外候。

(2)香蕉舌体(香蕉舌)

香蕉状舌体，舌体圆细而长，状若香蕉，尖尖根粗，舌体窄而厚，舌体伸出向下微弯，酷似香蕉，舌体表面不光滑，附着颗粒状物，如谷粒撒于舌面。脾气大伤、胃阳耗损，病情向危重发展。

(3)胖鱼舌体(胖鱼舌)

胖鱼舌体，舌体胖大满口，边有齿痕。齿痕清晰。此种舌体为气阳两伤、内有虚火所致。糜烂性胃炎，疣状胃炎，溃疡病，胃粘膜脱垂等疾病常见此形舌体。

(4)舌质萎缩(萎缩舌)

舌体伸出口腔，舌面不平滑，充盈不足，似有皱褶，或有小坑者为萎缩舌。此种舌也是萎缩性胃炎的外候。

2、查舌重在舌质

(1)舌质红绛兼有亮带

舌质绛红兼紫色，舌之两边颜色稍浅，表面有津液敷布，望之反光，故称其为亮带。此为瘀血结积之征。为重度萎缩性胃炎的舌象。胃腑的其他疾病少见此种舌质。

(2)舌质其色深紫，全无舌苔，舌面有津液敷布，光滑如镜。状若猪肾横切面。舌之根和神俱无

或有舌痛，或觉灼热，此乃瘀血明征。此种舌象，示胃病深重，常为胃癌或癌前病变，萎缩性胃炎的进展期亦可见此种舌质。

(3)舌质裂纹(裂纹舌)

舌体伸出，舌面中部呈纵断下裂或横断裂，形成小沟，舌质绛紫，或呈淡紫色。此为胃深部溃疡或胃粘膜脱垂。

(4)尖部红赤细粟舌质(粟粒红舌)

舌尖部，约占伸出了舌的五分之一，色红赤无苔，表面似有细砂样粟粒。此舌象常为十二指肠球部炎症。

(5)花瓣舌

花瓣舌，舌面纵横交叉断裂，酷似花平铺舌面。状若龟背之纹，其色赤红，或上敷白苔。临床少见之舌。此舌意义：一是候恶性肿瘤性疾病，中晚期病人，病势深重。二是遗传而来，生后即有。是病征还是遗传，必须详察脉证。

3、舌苔

(1)晚秋老云苔

苔厚如晚秋老云，色白而腻，厚薄不均，苔之深层透以黄褐之色，层次不清，舌体偏瘦，舌尖紫红。此种舌苔乃脾胃气败，阳气欲竭，阳液将涸，常为早期胃癌或癌前病变之征。

(2)斑块剥脱苔

苔白而成块剥脱，界限分明。亦可称剥脱苔。若胃病日久见此舌苔，候病势较重或欲将癌变。

以上对舌质舌苔舌体的论述，主要是针对脾胃疾病，通过观舌进行诊断的。在实际临床中，舌质、舌苔、舌体的特点是同时存在的，因此必须综合分析才能对疾病做出正确的诊断。

胃内望诊与中医辨证

自古以来，中医望诊只停留在对体表形态和肉眼可见部位的望诊。而通过某种仪器对人体内部脏器的形态和病变的望诊，并据此按中医理论辨证诊断，一直是个亟待解决的问题，也是一个扩大中医望诊外延的问题。李老师在临床研究中，发现胃炎(非萎缩性)患者胃粘膜的颜色，形态，结构的变化与中医望诊理论有很强的统一性，即符合中医的辨证理论。按此能为中医诊断提供了客观依据。本文就李老师对胃炎的诊断分型依据和胃内望诊(胃镜)所见的粘膜形态，颜色、红肿、糜烂等，对71例患者进行了分析，结果符合率为91.54%，故为中医对胃炎的诊断分型提供了客观的科学依据。

(二)资料来源

本文分析的病例系1992年1月至7月，来我院李玉奇教授研究室就诊的患者，按顺序取71例胃炎患者的病历和胃镜资料，进行统计分析。

(三)中医诊断分型标准

1、虚寒型：胃脘胀满不适，或闷或痛，食少纳呆，喜热食，大便或稀或溏，舌质淡，脉沉缓。胃镜检查：粘膜颜色红白相兼或灰白，粘膜上敷有粘液或粘膜水肿。

2、郁热型：胃脘灼热疼痛，口苦口干，喜凉食，大便干燥，舌红或绛，苔黄脉弦数。胃镜检查，粘膜颜色以红为主或深红，或有糜烂或有出血。

3、瘀血型：胃脘疼痛较剧或有针刺，拒按、按之痛甚，食后疼重，舌质紫暗或有瘀斑，脉沉实或沉细而涩。胃镜检查：粘膜颜色深红而肿，充血或出血点，粘膜有颗粒状隆起。

胃镜与中医理论符合性统计

胃炎例数	证型	例数	符合例数	不符合例数	各型符合例数	总符合率
71	虚寒	28	28	0	100%	91.54%
	郁热	30	26	4	86.6%	
	瘀血	11	11	2	84.6%	

从以上统计可以清楚看出，胃镜检查所见的胃粘膜颜色、红白、灰白、充血及水肿、出血点、隆起等分别出现在胃炎的虚寒、郁热、瘀血三个证型之中。符合胃炎各型的病理机制。因此说扩大中医望诊外延，是中医理论发展的重要步骤。如能将超声、CT、磁共振等检查结果导入中医理论，中医理论必将步入一个新的历史阶段。

（郭恩绵）

钟育衡　　香薷饮加味治疗暑喘经验

暑喘，古人已有论述，但多不重视，乃至现在温病学说中亦多从略。钟育衡教授对暑喘的定义、主症、鉴别提出了自己见解。对治疗暑喘的主方——香薷饮，进行了剖析，认为香薷饮有解暑化湿之功，亦有宣肺定喘之效，但后者作用不如前者突出，因而加味补充之。经此化裁，可作为暑月喘证主方，为暑喘及其用方开一先河。

病案举例

例1，段某某，女，21岁，初诊时间为1982年8月11日。

喘急气促，每在伏天而发已五年。初因暑月过度饮冷而致喘急气促，昼轻夜重，微咳，痰多色白，时发热（体温正常），纳食减少，脘腹胀闷。至天冷渐缓解，某医院诊断："过敏性哮喘"，曾用激素等治疗缓解，但以后每年夏天都有复发。今年复发，症见：形体较胖，面色红润，神志疲惫，语言有力，气短，动则尤甚，呼吸气急，张口抬肩，舌苔白，舌根白而微腻，脉沉数无力。辨证分析：暑月饮冷，寒湿伤肺，肺失宣降而作喘。湿从火化而成痰，故痰多色白。暑火刑金，肺失清肃故微咳。湿热相搏于外，则身热。温暑内蒙，脾胃升降失调，则纳少，脘腹胀闷。舌脉为暑湿所伤之象。诊断：喘证——暑湿伤肺。治则：清暑化湿，宣肺定喘。方药：香薷15g，扁豆15g，厚朴20g，杏仁15g，茯苓15g，泽泻15g，白果10g，五味子5g，紫菀15g，细辛3g。水煎频服，一日一剂。

此方连服五剂，病情大减。又服七剂，病已止。嘱患者暑月不可再过食饮冷，至今喘疾未再发作。

例2，李某某，男，40岁，初诊时间，1991年8月2日。

每于暑月作喘已三年，近日复发。三年前无明确诱因，于伏暑发生喘疾。曾在某院住院治疗，诊断"过敏性哮喘"，致敏物未查出，用抗菌素，激素等治疗两月余，病情缓解。今年暑月，又犯喘疾，求治于中医，某医投麻杏石甘汤加味，病情不减。于是向钟老师求治。病症见呼吸急促，张口抬肩，身发热，胸中烦闷，口渴不欲饮，痰少色黄，夜不安寐，喘甚汗出，汗后喘减。查面色红润，精神倦怠，动作迟缓，语声有力，舌质红，苔白厚少津，脉浮而濡。辨证分析：《经》云："脉虚，身热，得之伤暑"，且病发伏天，故为暑病。暑大伤肺，肺失宣降，故喘急气促，张口抬肩，胸中烦闷。暑病挟湿，故口渴不喜饮，痰稠而黄。肺主卫气，卫不固表，故喘而汗出，暑随汗散，故喘见汗而减。舌脉为暑伤于肺，内挟湿邪之象。诊断：喘证——暑火刑金，兼有湿邪。西医诊断：过敏性哮喘。治则：清暑祛湿，宣肺定喘。方药：香薷饮加味。香薷15g，厚朴15g，扁豆10g，杏仁15g，桔梗10g，鱼腥草20g，紫菀15g，远志15g，滑石10g，五味子5g，白果5g。水煎频服，一日一剂。

服两剂汗出较多，喘转轻，改香薷为10g，加石膏15g。又服七剂，诸证悉退，临床初步治愈。

论　讨

喘证为内科较难治疗的常见病，多发于寒冷季节，发于伏天喘证——暑喘亦有之。可是前代医家，包括温病学家，多略于此。清·陈修园曾说："病虽作于暑月，不得以暑病名之也，大抵暑证辨法，

以口渴，心烦，溺赤，身热，脉洪而虚为的"。据陈氏划定暑病证候范围，暑喘已排出在外。清·雷少逸论述暑病咳逆时，详于咳而略于喘，虽在暑瘵等章节讲述了气喘，当属兼证，而非主症。钟教授认为暑病本有喘证。《素问·生气通天论》云："因于暑，汗，烦则喘喝，静则多言"。此喘即为暑病，经文中的"喝"，进一步描述了喘的声音和程度。临床实践中，常可见到暑月发生喘疾的病证。此种喘当为暑病之一。上述病例中可以见到暑喘包括部分现代医学的过敏性哮喘。

暑喘病因病机主要为一为暑火刑金，二为浊邪犯肺或素有痰湿内停，这两者交相为病。暑季外感暑热疡邪，湿浊犯肺为过食冷饮，或被雨淋，或素痰饮内蕴，或湿浊犯肺，或脾阳不足，停湿化痰。由于暑湿相合，阻塞气道，肺失宣降，呼吸不畅，而作暑喘。

暑喘主症为喘息喝喝，张口抬肩，气急声高，面赤，或身发热，时自汗出，胸满心烦，喘随汗减，脉浮无力，舌苔白或黄，舌中或根部微腻，病发暑月。临证当须与他证鉴别者：一为暑犯阳明之经，证见夏月而致大渴引饮，汗出不止，身热心烦，脉洪大有力，或神昏谵语，伴有呼吸气急，不自接续，似喘无声，此属暑火伤于阳明之经，其喘为壮火食气之故。可用白虎汤或白虎加人参汤治疗。二为暑火而致气阴两伤：多见暑病数日，因壮热不已，汗出较多，身倦神疲，四肢乏力，少气不足以息，动则喘喝欲脱，须臾喘止，脉沉细数无力。此多为暑病后期气阴两伤，可用生脉散治之。三为暑湿犯脾，四肢倦怠，肢节疼痛，身热而烦，大便溏薄，自汗口渴，胸闷，呼吸气短而促，无声，动则张口抬肩，须臾自止，属暑伤于外，湿犯于脾，中气不足之证，可用清暑益气汤治之。此三者虽有喘急，但属似喘，而非真喘，真正暑喘，当用香薷饮加味治之。

香薷饮为《太平惠民和剂局方》之方，从宋至明，该方曾作为预防暑病，治疗暑病而广泛流行，成为暑月常服专方。自明以后，特别是温病学说兴起以后，香薷饮不再用于预防暑病，而只用于暑月乘凉饮冷，阳气为阴寒所迫之证；或内伏暑气，外为风寒郁闭之证。用其治疗暑喘，尚很少谈到。香薷饮由香薷，厚朴，扁豆三味组成。香薷气味辛微温无毒，功效可升可降，入肺胃二经。李时珍说："盖香薷乃夏月解表之药，如冬月之用麻黄。"麻黄冬季应用，无非取其发汗解表，定喘，利水之效。香薷与之相比，是说香薷夏月应用，也有发汗解表，利水之功，且均为虚人慎服之品。至于香薷有无止喘作用，不敢武断，但认为有必要进一步研究。即使香薷无平喘功效，通过其发汗亦缓解喘证，这正与《素问·生气通天论》的"汗出而散"之明训相符。厚朴性味苦辛温，功效化湿导滞，行气平喘，入脾胃肺大肠经，其平喘作用在《伤寒论》、《金匮要略》方中皆有运用，先贤多有分析，不再多述。扁豆气味甘微温，功效和中化湿，补脾止泻，有消暑利湿之用，入脾胃经。此药无平喘作用，但清暑除湿对解除暑喘致病之根颇为相宜。且暑湿为病易于伤脾耗气，故当选用。钟教授通过对香薷饮方剂药物分析，认为可作为治疗暑喘的主方，但其平喘作用尚须加强，故加味以补充，加味药物有杏仁，桔梗，白果，五味子，紫菀，半夏之属。

（崔振儒）

李孔定　　诊治Ⅱ型糖尿病的经验

李孔定先生从医四十余年，熟谙经典理论，善撷各家精华。诊治Ⅱ型糖尿病，既不拘于《内经》"肺消者，饮一溲二，死不治"。亦不限于后世按"三消"立论施治。而是针对该病是复合病因所致的综合病证，自创新方运用于临床，独具特色，疗效显著。

发微究隐，审证求因立论精

Ⅱ型糖尿病，属于中医消渴病的范畴。消渴之名，首见于《内经》，其有关消渴的论述达15篇之多；仲景《金匮要略》类列专篇，系统地论述了三消的辨证论治；《外台秘要》引证《古今录验》慧识"尿甜"；明・戴思恭《证治要诀》记载了"气尿"的表现，为认识诊治本病提供了科学的依据。李孔定先生指出，消渴的病因与饮食不节，情志失调，劳伤过度等诸多因素有关。嗜食肥甘则脾胃蕴热；情志失调则肝火内炽；劳伤过度则肾阴虚损；以上诸因均可形成上灼肺津，中耗胃液，下劫肾阴之变，最终形成阴虚内燥、气虚血瘀的基本病理改变。胃热肺燥则多食渴饮，肾虚精微不摄则多尿、尿甜、消瘦。气虚血瘀既久，三焦失其决渎，脾气失其运化，内湿因之而生。此时，则口渴不显，食欲不佳，小便短少，大便稀溏诸证纷至沓来。

先生强调，认识本病应掌握四个要点：一是明确本病是一复合病因的综合病证；二是本病初期多以肾阴亏虚为本，肺胃燥热为标，二者互为因果，互相影响；三是本病中后期由于阴损气耗，多气阴两伤及阴阳俱虚的病理改变；四是阳气虚衰，气不行血而致瘀，阴虚燥热可灼血成瘀，津液亏损，可失润成瘀，故本病多伴见血瘀之证。

《素问・调经论》说："血气不和，百病乃变化而生。"说明气滞血瘀可使百病丛生。本病至血瘀阶段，常为气血受阻，不能输布水津，或加重消渴，或津滞为湿。此外，若瘀阻心脉可出现胸闷刺痛；瘀阻脑脉则中风偏瘫；瘀阻眼络则视物不清，甚则失明；瘀阻肾络则尿浊水肿；瘀阻四肢脉络则麻本疼痛，尽管其表现各异，无不归咎于脉络瘀阻。

注重调摄，倡健康生活方式

由于糖尿病与不良的生活方式如精神因素，营养过剩及少运动有关。先生强调治疗本病首重调摄，倡行有益健康的生活方式。《素问・奇病论》指出："其人素食甘美而多肥，肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴。"明确指出了饮食不节，过食肥甘厚味是糖尿病形成的重要因素。先生尤重视患者的饮食节制，主张减滋味，戒嗜欲，忌肥甘，食以清淡，不可过饱。他还推崇隋代巢元方提出的导引和散步是治疗消渴病的"良药"，反对"饮食便卧，终日久坐"(《外台秘要》)。主张患者宜选择散步、健身跑、练太极拳等中等强度的耐力型活动。

《灵枢・五变篇》说："……怒则气上逆，胸中蓄积，血气逆流，……转而为热，热则消肌肤，故为消瘅。"明确地指出了情志因素对消渴病的严重影响。情志不调，五志过极均可郁而化火，消灼津液，则可导致糖尿病的发生或加重。先生临床上颇为重视情志的调摄，强调患者应安静乐观，不可抑郁

恼怒，解除情志不遂的因素。

执简驭繁，辨证施治分两型

先生认为，糖尿病是复合病因所致的综合病证，患者往往多食、多饮、多尿、消瘦、乏力、瘙痒、肢体麻木等多种症状同时存在，又多挟瘀挟湿之证，临床所见仅存在各症的表现有轻重之分而已，故临床不可拘泥于分型。若纯清热滋阴，则阳气易受遏制；纯温补益气，则易致阳热耗阴。根据上述特点，先生将本病分为阴虚热甚，阴阳气虚两大类型施治，活血燥湿之药，则以不同的剂量随证加入。

一是针对阴虚热甚、兼瘀挟湿（多见于初期患者）的病机特点，采用滋阴清热，活血燥湿法治疗。其证表现为口渴喜欢、易饥多食，急躁善怒，怕热心烦，溲赤便秘，舌红苔黄，脉弦数或滑数。常用方药：丹参15—30g，赤芍15—30g，苍术15—30g，玄参15—30g，僵蚕15—30g，黄柏10—20g，枸杞10—20g，知母10—20g，地骨皮30—60g。热重津耗较甚者加石膏30—50g，玉竹20—30g。

二是针对阴阳气虚、兼瘀挟湿的病机特点（多见于中晚期患者），采用温阳益气，滋阴清热，活血燥湿法为主治疗。其证表现为倦怠乏力，自汗盗汗，气短懒言，口渴喜欢，五心烦热，心悸失眠，或形寒怕冷，面白无华，四肢不温，酸楚麻木、浮肿，小便清长，大便溏薄，舌体胖嫩，舌苔薄白或花剥、脉沉细或细数无力。常用方药：丹参15—30g，赤芍15—30g，苍术15—30g，僵蚕15—30g，五味子6—10g，枸杞15—20g，胡芦巴10—15g，淫羊藿10—15g，红人参10—15g，地骨皮30—60g。肢酸麻木加木瓜、秦艽。

以上两型，均以地骨皮、僵蚕、枸杞、丹参、赤芍、苍术为基本方。方中地骨皮，《本经》谓其："主五内邪热，热中消渴。"《本草新编》言其"凉血，凉骨，益肾，生髓，因此通治三消，实非他药可及。"现代药理研究证实：地骨皮含有不饱和的必须脂肪酸亚油酸，亚麻酸等，具有抗脂肝作用，能抑制中性脂肪在肝脏内的生成，促进中性脂肪移向血流，因而保证了肝脏这一维持血中葡萄糖的重要器官恒定的正常生理功能，达到降低血糖作用，故为本方之君；辅苍术燥湿化浊，枸杞滋补阴精，"尤止消渴"（《本草正》）；由于本病多兼瘀滞之证，瘀阻经脉则津不上承而渴，故加丹参、赤芍、僵蚕化瘀通络为佐使。如见阴虚热甚，于基本方中加知母、黄柏、山药加重清热滋阴；阴阳气虚加胡芦巴、红人参、淫羊藿、五味子温阳益气。全方补中有消，补而不滞，使燥热解，阴津生，阴气复而消渴愈。既切中病机，符合中医辨证论治的原则，又根据现代药理研究资料取有显著降糖作用的药物配方，临床观察Ⅰ型糖尿病150多例，一般15—30天血糖恢复正常，症状控制、显效率达95%以上。

谨守病机，同时兼顾并发症

消渴日久，除伤阴损阳，挟瘀挟湿之证外，常有影响全局，危及生命而又常易被人忽视之并发症出现，此时，先生强调应见微知著，防微杜渐，密切注视病情变化，不可以"头痛医头，脚痛医脚"治之。在辨明证型后，其加减用药规律如下。

症见头昏眼花、视物模糊不清者，于主方中加入青箱子、草决明；眼底出血者加白茅根、旱莲草。

症见胸部疼痛、甚则胸闷憋气，心慌气短者，于主方中重用丹参、赤芍，加川芎。

症见下肢酸痛，麻木不仁者于主方中去知母，加木瓜、红花；下肢青紫破溃者加黄芪，当归，水蛭、鸡血藤。

伴发面目下肢浮肿，小便混浊，查尿中有蛋白者，于主方中加益母草、泽泻、泽兰、山药。

伴发头晕头痛、甚则口眼歪斜，半身不遂者，于主方中加石决明，钩藤，川芎，地龙。

伴发痈疽者加野菊花、黄芪。

血脂偏高者加山楂、草决明。

典型病例

例一：李某某，女，48岁。绵阳市肉联厂职工。1991年11月13日初诊。

头晕，口渴多饮，善食易饥8月，加重1月。8月前，始感头晕，口渴尿多，善食易饥，身体逐渐消瘦，住院治疗2月不见好转。近1月来口渴加重，饮水量较前明显增加，小便多而混浊，大便秘结，善食易饥，肌肉瘦削，伴头晕乏力。舌暗红，苔薄黄少津，舌底脉络瘀滞。查空腹血糖16.3mmol/L，血压21.3/14.7kPa。诊为Ⅱ型糖尿病伴高血压，证属阴虚热甚挟瘀。嘱停服西药，服下方治疗：

丹参、赤芍、玄参、黄柏、山药、草决明各30g，枸杞、知母各15g，僵蚕20g，苍术10g，地骨皮60g。(10剂)

水煎服，二日一剂，嘱远房闱、慎饮食、畅情志、适劳逸。

1991年12月2日二诊，查空腹血糖5.3mmol/L，血压20.0/11.7kPa，诸证明显好转，嘱原方续服10剂。

1991年12月20日三诊，查空腹血糖4.6mmol/L，头不晕，无饥饿感，惟口微渴，原方减草决明常服，以巩固疗效。

按：本例患者属阴虚热甚挟瘀，采用滋阴清热，活血祛瘀为主，标本兼治，使热清而阴复，故获显效。

例二：夏某某，男，62岁，绵阳工区办事处退休职工。1991年7月9日初诊。

口渴喜饮，善食易饥，多尿消瘦2年，加重1月。2年前觉口微渴，饮水增多，未引起注意。2月后口渴加重，频频欲饮，小便多而混浊，身体日渐消瘦。查血糖13.6mmol/L，尿糖＋＋＋＋。诊为Ⅱ型糖尿病。口服"消渴丸、优降糖、D860"等药血糖略有下降，停药则又回升。近1月来口渴甚，食多喜饮，尿多混浊，倦怠乏力，气短懒言，四肢不温，酸痛麻木，舌淡红，苔厚白润，舌底脉络暗红，脉弦细。7月5日查空腹血糖14.6mmol/L，尿糖＋＋＋。证属阴阳气虚兼瘀挟湿。处方：

丹参、赤芍、苍术、木瓜各30g，僵蚕、胡芦巴、淫羊藿各15g，红人参、五味子各10g，枸杞20g，地骨皮50g。(10剂)。

水煎服，二日一剂，嘱节制饮食，调畅情志，注意活动。

1991年7月31日二诊：查空腹血糖5.5mmol/L，诸证愈，惟轻微口干，嘱原方常服。

按：本例患者属阴阳气虚，兼瘀挟湿之证。以滋阴清热，温阳益气，化瘀燥湿为治，切中病机，故收速效。

(张耀　景洪贵)

关汝耀　诊法特色

关汝耀教授长期从事中医诊断学的研究，在诊断学的理论方面博达古今，且其诊法实践有不少独具特色之处。尤对脉诊和望诊有许多独到见解，诊法精细，辨证准确，疗效甚佳。本文就从师多年的体会，谈谈关老师的诊法特色。

注重整体，辨证求因

人是一个有机的整体，任何局部都不能离开整体面单独存在。疾病亦然，任何疾病都是全身病理变化在局部的反映。无论疾病轻重，都不应该离开整体考虑问题。一方面，疾病是机体整体病变到达某种程度时，出现局部的病证。另一方面，局部的病理变化，又必然对全身情况给予坏的影响。这两个方面形成一种恶性循环，疾病便日渐发展，加重。我们诊疗的目的就在于找出疾病的症结，通过整体和局部的调整，打破那种恶性循环，恢复机体的平衡状态，面达到健康的目的。

以咽痛为例，此症可说是很典型的局部病变。许多咽痛病的发生，复发或加重，与饮食或天气的"燥热"因素有关。这些因素刺激机体，使整个机体处于一种"燥热"的状态，咽痛便发生了。因此，这种病常伴肺系病变，如咳嗽，还可能有耳、鼻不适感。这亦是全身"燥热"的一种表现。故临证时决不能只见咽痛，不考虑整体。必须审察内外，全面分析，务必求出确切的痛因。关老师在这方面有极其丰富的经验。他诊病精心、细微，四诊俱备，尤能结合四时气候变化分析病情，条分缕析，丝丝入扣，经其诊治，往往数载痼疾，迎刃而解。一男性，年四十余，咽痛十载，多方医治未果，反复发作。渐至食欲不振，形体消瘦乏力，失眠。乃延医于关老师。关老师通过整体审察分析，断为气阴两虚之证。患者咽痛与肺气不足，经常感冒关系尤大。其人肝火偏亢，肝阴不足，虚火上炎，咽痛则更为严重。治以益气养阴之法，并属其慎起居，防感冒。二月而愈，多年未发。

三部九候，一丝不苟

脉诊乃中医诊法特点之一。但由于脉象变化复杂，初学较难掌握，故有"心中了了，指下难明"之说。更有甚者，则谓三部九候不符实际。关老师通过长期观察、探索，确认三部九候是完全符合客观实际的。早在1980年，他就指导他的研究生对三部九候脉进行研究，用模拟装置进行反复实验，利用流体力学、数学、结合生理、病理学，作了多学科的分析，充分证明三部脉可存在不同的改变，可反映人体不同系统，不同病理的客观情况。其研究成果获得省高校科技二等奖。

寸口三部在脉位、脉形、脉力的变化是相当复杂的，这正是人体脏腑经络气血病变的反映，关老师认为寸浮常见于肺感外邪，关弦多属肝郁、肝火。尺沉主肾虚。左寸弦细是心阴虚之征。要体察出各部脉象的变化，必须细心候脉，故古人云，"持脉之道，虚静为保。"此外，诊断手法也很重要。关老师把诊脉手法概括为拳、按、移、挪四个字。只有把这四种手法综合运用，才能体察到真实的脉象。那些把三个指头紧紧按压寸口，固定不动的诊法是不正确的。举，可以了解浮候的脉气。若此候脉气盛，是外感邪气。但有些人脉气浮面乏力，则非外感，证属气虚。按，可体察沉候脉气。若此候脉

气盛实有力，多为实证，痼疾在里。有些患者沉候方觉脉动，且脉力很弱，此里虚无疑。在诊察浮、沉之同时，还应随时运用移、挪之法，用指腹推挪脉管，这样便可达到从上方、左方、右方三个方面体察脉象的目的。关老师指出，弦细脉象，若非四法探寻，难得真象。若用指力从上方下压，脉管受压，脉气散开，则细象难显，弦象亦随之消减，而被误认为其他脉象。若从旁移挪推寻，其弦细之象便十分清楚。曾有患者梁其，男性，44岁，中学教师，患阳萎早泄四年，时见小便混浊，尿后有粘液状余滴，诸医以为肾阳不足，投附桂羊藿等品，效果不显，反招睡眠不佳。就诊关老师，适其脉，虽重按乏力，但中候弦细之象明显，从旁移挪体察最清。故认为肾、肝虽已方虚，但虚火已生，更兼下注湿热。于是用理肝疗法加去湿热，补肝肾之剂，方如火炭母25g，川萆薢20g，柴胡5g，川朴10g，白芍25g，丹参30g，太子参30g，淡肉苁15g，芡实30g，女贞子25g，杞子15g。二周后症状好转，加减调治近年而愈。

诊察目舌，独具特色

关老师对肝脏病证研究湛深。他认为"百病皆生于气"，与肝脏气机关系至为密切。于肝脏病证中，肝气郁结及肝火过盛之证尤为多见。在肝火过盛的诊断方面，关老师总结了一套行之有效的规律。一般说来，此型的主要表现为：身热易怒，面红目赤，胁部灼痛，胀闷不适，大便干结，小便短赤，失眠多梦，口干口苦，舌尖边红，苔黄，脉弦细稍数。但是，许多病例并非如此典型。关老师指出，主要抓住口干口苦之证，弦细之脉及舌红、目赤之征。诊弦细脉之法已于上面作了介绍。察舌、目方面，关老总结了一套诊察常规。察舌质之色主要看舌边，有时舌边也为薄苔所盖，不易获得真色，故一定要细察舌之两侧面，若见红色或出现紫红色斑点，往往也是肝火征象。目是肝的苗窍，肝火患者常见目赤，主要观察结膜和巩膜。方法是用手指轻轻轻拉下下睑，了解结膜是否红赤。用手指再轻轻推起上睑，暴露白睛。肝火病人多有结膜充血，白睛有过多血络，或者混浊不清。

关老师认为，应把脉、舌、目这些改变作为肝火证候的重要客观指征。

一女性慢肝患者，40岁，患病五年，在市内多家医院长期治疗，效果不显，转氨酶居高不下，于是就诊于关老师。证见面色暗黄，唇带紫黑，体倦头晕，纳差，大便溏结不调，胁胀不适，时有隐痛，晚间口干口苦，失眠梦多，舌质粗看似淡红，但两侧面红嫩，脉弦细，按之乏力，目睑结膜色红，白睛血络粗且多，前医多认为脾虚气血不足。关老师根据四诊所得，认为此证虽已精虚，但肝郁化火，肝火尚盛。治以清肝为主，佐以益气健脾。处方：贯众15g，半枝莲15g，蛇舌草20g，绵陈20g，白背根15g，夏枯草12g，柴胡5g，台乌5g，白芍30g，丹参40g，太子参40g，玄胡10g，公英20g，蒲黄8g，川楝子10g，甘草6g，加减调治半年，精神转佳，胃纳健旺，口苦口干减轻，其他症状基本消失，SGPT（转氨酶）稳定于正常范围，HAA滴度从原来1:2048降至1:32，现已恢复半日工作。

（刘大荣）

赵炯恒　用经方治疗疑难重证的临床经验

赵炯恒主任医师，从医60年，医术精湛，他研读经典，谙读经文，临床应用经方治疗疑难重证确有独到的经验，现介绍如下。

经方必列证于先。临床二主症与经方相符时，赵老就选用该方施治，即"有是证便可用是方"，往往能收到明显的效果。

例一，蛔厥症（胆道蛔虫症）

张某，女，46岁，农民，初诊于1982年6月18日。昨起突作右胁钻顶样剧痛，伴恶心呕吐，无寒热。在当地医院急诊，予对症处理后疼痛缓解。今晨右胁疼痛又作，阵发加剧。某医院予解痉，镇痛，输液等处理，仍未能缓解而求治于中医。患者神情倦怠，面容痛苦，饮食不进，大便三天不解，腹部胀满，烦闷，呕吐痰涎，舌边朱点，苔薄白，脉弦数，痛剧时面色苍白，汗出，四肢发冷。B超示：胆总管扩张，腔内呈双线状结构。证属蛔厥证，由于蛔虫阻塞胆道，进而导致肝胆气滞，腑气不通。治以安蛔止痛，行气通腑。处方：乌梅15g，细辛2g，干姜3g，黄连3g，黄柏10g，炒川椒3g，桂枝5g，附子6g，当归10g，西党参20g，酒军10g（后下），玄明粉10g（冲），槟榔15g。二剂。

二诊（6月25日）：一剂后吐出食物及蛔虫半痰盂，蛔虫约有十余条，吐后剧痛止。二剂后大便已通，泻出蛔虫十余条，腹胀减，呕吐止，尚有右胁隐痛，恶心，口干，纳呆，舌淡，脉弦滑。改以疏肝利胆，佐以通腑。处方：柴胡10g，炒枳壳6g，川楝子10g，元胡索15g，郁金10g，酒军10g，槟榔10g，乌梅15g，炒黄芩10g，炒白芍10g，制半夏10g。五剂。

三诊（6月26日）：药后右胁隐痛除，恶心止，纳谷增，尚有右胁胀闷，食后尤甚，头晕乏力，舌淡红，脉弦细。B超复查：胆管未见蛔虫。予疏肝利胆，健脾益气之剂以善后。

按：《伤寒论》方："蛔上入其膈，故烦……厥者，乌梅丸主之。"此"烦"家是对主症的总概括，含有疼痛，呕吐，烦躁之意。蛔厥之证，系现代医学之胆道蛔虫症。其因是宿有蛔虫，加之饮食不节，使之肠寒胃热，蛔虫上行入胃，钻入胆道所致，蛔阻胆管，肝胆气滞，不通则痛，痛剧则厥。故赵老师立法安蛔止痛，行气通腑。予乌梅丸改汤剂加味。一诊时用乌梅丸中苦辛酸三药以安蛔止痛；加酒军、芒硝、槟榔以行气通腑。二诊时，胃肠道中蛔虫早已去，仿大柴胡汤意继以疏利肝胆，佐以通腑，药后痛止恶心除，蛔虫从胆道排出，后予疏肝利胆，健脾益气三剂以调治。

治疗主症，提挈纲领

临床上遇到顽难重证或复杂疾病时，用经方治疗可获意外的疗效。这类病证，症状复杂，而危重。赵老认为，不管怎样复杂的症状，抓住主症治疗，无不显效，所谓整网者必提其纲，振裘者必挈其领，主症得愈，兼证无不霍然。

例二，胸痹（冠心病、心绞痛、房颤）

李某，男，64岁，1992年4月3日衣。反复胸闷心悸8年，复发伴左胸疼痛2天。西医诊断为"冠心病，心绞痛，房颤"。予西药硝酸甘油，速效救心丸，消心痛，心得安及吸氧等处理，左胸闷痛未

能控制而邀赵老师会诊。刻诊：左胸闷痛，左胁下有气上冲，四肢厥冷，头额汗出，心悸、气短、不能平卧，头晕恶心，形寒背冷，尿少，下肢微肿，舌淡白，苔白腻，脉结代无力。ECG（心电图）示：异位心律，心房颤动；ST段压低，T波倒置。证属心阳不振，痰浊内阻。急以补气助阳。予人参汤急煎。处方：朝鲜参15g（另煎冲），炙甘草10g，干姜3g，炒白术15g。一剂水煎，分三次服。

二诊（4月4日）：药后四肢厥冷，头额汗出已除，脉结代有力，余症同前。转以温振心阳，除满降逆，蠲化痰浊。方予枳实薤白桂枝汤加甘草，附子，川芎，丹参。处方：炒枳实6g，厚朴6g，薤白10g，桂枝6g，全瓜蒌30g，炙甘草10g，制附子10g，川芎10g，丹参30g。二剂，日服一剂，分二次服。

三诊（4月6日）：药后左胸疼痛，左胁下有气上冲已除，气急缓已能平卧，余症同前，再拟上方去附子加白檀香3g，降香5g，五剂药后，患者诉尚有乏力、头晕，他症均愈，舌淡红、苔薄白、脉细。心电图复查：窦性心律。予益气养心之剂调理善后。

按：《金匮》有"胸痹，心中痞气，气结在胸，胸满，胁下逆抢心，枳实薤白桂枝汤主之，人参汤亦主之。"胁下逆抢心，即是胁下气逆冲胸。患者胸痛胸闷，胁下有气上冲，说明病势由胸部向下扩展到胃脘两胁之间，是用枳实薤白桂枝汤治疗胸痹的主症，四肢厥冷，头额汗出说明心阳欲脱，是人参汤治疗的主症。患者虚实相兼，赵老师先舍标治本，急用人参汤补气助阳，待阳气振奋后再用枳实薤白桂枝汤通阳开结，除满降逆，蠲化痰浊。药后心阳得振，胸宇舒展，痰浊而化。

谨守病机，析理辨治

临床上病有千种，症有万状，尽管千变万化，其理不外乎脏腑气血失调，阴阳乖乱失衡，临证务必谨守病机，察病探因，析理辨证，再选经方因证施治。

例三，失眠（神经衰弱）

付某，男，30岁，干部。初诊于1992年3月2日。患者失眠已五载，屡服安眠药不但未见好转，而且日趋加重，近日通宵不寐，昼夜不能阖目，并见心烦心悸，头目昏眩，口燥咽干且苦，舌质红少苔，脉弦细数。法拟滋水降火，养心安神以交通心肾。方选《伤寒论》黄连阿胶汤加味治之。处方：川连3g，肉桂末3g（冲），阿胶珠10g（烊入），炒黄芩10g，炒白芍10g，鸡子黄1枚（自加），生地30g，炒枣仁10g，夜交藤20g，生牡蛎30g（生煎），龙齿30g（先煎）。四剂。

二诊：药后每晚已能入寐三、四小时，心悸已宁，余症同前。前方去牡蛎、龙齿加琥珀末3g（分吞），知母10g，炒黄柏10g，五剂。

三诊：投上药后，睡眠继续好转，每晚已能入寐五、六小时，余症均瘥，舌转淡红，再予原方三剂。后又守黄连阿胶汤加减，再服药十余剂而睡眠安宁。

按：《伤寒论》方："少阴病，得之二、三日以上，心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之。"其病机是由于心肾阴亏，邪从热化，热灼真阴，以致肾阴更虚，肾中之水不能上济，则坎中之火独亢于上，心神被扰而致不寐。该患者亦有心烦不寐，口燥咽干，舌红少苔，脉细数之临床表现，与《伤寒论》叙述相符，赵老师抓住其少阴阴虚火旺，肾水不能上济于心，心火独亢于上以致心肾不交之病机，故投黄连阿胶汤以育阴清火，交通心肾。随证加生地以滋阴养液，加强滋补真阴之功，肉桂摄纳上浮之肾火，合黄连名交泰丸，能交通心肾；合欢皮、夜交藤、琥珀宁心安神，参与牡蛎、龙齿介类之药以潜阳，再伍知母、黄柏以收清降虚热（火）之功，服药一月余，心肾交通，安然入睡。

证方合拍，原方追根

仲景制方不求病之命名，惟求证之切当，赵老临证时的所见病证，仔细辨析，探其病本，若证方

合拍，原方追根，直至病愈。

例四，历节风(类风湿性关节炎)

胡某，女，46岁，患者以四肢大小关节肿痛三年余，加重一周于1979年2月27日初诊。患者肢节肿痛历时3年，时轻时重，西医诊断为“类风湿性关节炎”，曾服强的松，雷公藤片而不效，一周来遇寒疼痛加剧。刻诊：肢节疼痛肿大，入夜尤甚，难于入寐，形体消瘦，短气乏力，头昏目眩，纳呆欲呕、足跗浮肿，舌淡白，脉紧。查ESR(血沉)58mm/h，类风湿因子阳性。此乃风寒湿邪内侵，合而流注筋骨，搏结于关节，阻碍气血运行。治拟温阳行痹，祛风除湿，和营止痛。桂枝芍药知母汤治之。处方：桂枝10g，炒白芍10g，炙甘草5g，知母10g，生麻黄3g，生姜3片，炒白术10g，防风10g，制附子10g。5剂。水煎每日一剂。

二诊：药后肢节疼痛减轻，夜能安寐，头昏目眩已除，余症同前。原方有效续服5剂。

三诊时又见纳增，头晕呕吐亦除，足跗浮肿退，肢节疼痛缓。前方续治二月余，复查血沉8mm/h，类风湿因子阴性。随访5年，病情稳定，肢节肿痛未再复发。

按：《金匮》：“诸肢节疼痛，身体尪羸，脚肿如脱，头眩短气，温温欲吐，桂枝芍药知母汤主之。”类风湿性关节炎，祖国医学称“历节风”。赵老师予桂枝芍药知母汤治之，方中以桂枝、麻黄、防风通阳祛风于表；芍药、知母和阴于里；生姜、甘草和胃调中；桂、麻配白术能除表里之湿，合附子温经以复阳。如此疑难重证，持续服原方二月半而收捷效，可见经方之妙用，其效立见矣。

(钱方娣)

林庆祥　　临证辨治拾萃

名老中医林庆祥先生，以擅治疑难顽疾见长。兹录验案四则，或可一叶知秋。

温阳化浊、活血通络治疗 Schmidt 氏病

陈某，女性，66 岁，门诊号 14031。1991 年 8 月 28 日因形肿，黑汗，消渴，皮肤灰褐二十四年求诊。患者自 1963 年起，先后因子宫，卵巢，乳腺，甲状腺及体表肿块共行外科手术切除达十次。病检均为纤维组织。临床伴见皮肤灰褐，黑汗如墨，肥胖消渴，形肿畏冷，头晕困倦。长期西医内分泌科专诊，拟"多发性内分泌腺病并 Schmidt 氏综合征"。长期口服甲状腺片及甘草流浸膏。1991 年 7 月复查血皮质醇 13.2u/dL；24 小时尿 17－OHCS3.8ng，17——KS4.8ng；$T_3$65n/dLg，$T_4$4.5ng/dL，T_G126/dL T_M13.9/dL，TSH2.3$_U$IU/mL；血糖 6.5mmoL/mL。因疗效不佳求诊林先生。症如上述，目眶黧黑，肤色灰黯，面部、手掌散布粟粒样赘生的物，舌质晦暗边瘀苔白，先生沉细尺弱。辨证脾肾阳虚，瘀浊郁结。法宜标本兼治，益气温阳以固护衰败之阳气，化浊通络以蠲除郁蕴之阴邪，制附子 9g，炒黄芪 15g，拔葜 15g，野葡萄藤 20g，黄柏 9g，苍术 9g，苡仁 30g，丹参 15g，赤芍 9g，莪术 9g，忍冬藤 15g。出入调治三周，黑汗告止，消渴已除，肤色浅褪，皮肤赘生物渐自脱落。但头晕困倦未已，体肿形寒、舌晦苔白、脉沉细。标实十去其六、法转治本为主，仿景岳右归饮温肾填精，炮附子 10g，桂枝 10g，杜仲 15g，山萸肉 10g，熟地黄 15g，枸杞 12g，鹿角胶 10g(烊化)，炙黄芪 15g，茯苓 20g，丹参 15g，炙甘草 5g。守法调治二个月，形实神爽，肤色除目眶灰滞外基本如常。复查血皮质醇 16.5ug/dL；24 小时尿 17－OHCS9.4ng，17－KS5.5ng；TS1.4ng/mL，T460ng/Ml；血糖 5.5mmol/L。

按语：本例兼见甲状腺、肾上腺皮质功能减退、糖尿病三组症候群，现代医学称之为 Schmidt 氏病。祖国医学应属汗症、消渴、虚劳范畴。病程二十余年，虚实寒热错杂。林先生治分标本，先从温阳化浊活血通络。盖不温肾阳阴霾难散，不化其浊脾肾受遏，温化并用则相辅相成，再佐活血以通脉道。俾标实消匿后恒以补虚，右归饮加减补肾填精，兴奋垂体－甲状腺－肾上腺轴。使坎离之火蒸腾，生命机能焕发，五脏得到温养血脉因之通畅，痰浊无以复生。二十余年顽疾经三个月辨治诸恙减除，实验室指标恢复正常，体现了林先生精确的辨证思路和娴熟的诊治技巧。方中野葡萄藤、拔葜二药为林先生祖传验方，常用于治疗瘀浊蕴滞诸症，认为其不但能化湿祛浊，通经活络，而且兼有补益肝肾的作用，用于臌胀，面斑，肾病水肿等每有卓效。

温阳通络法治疗硬皮病

郭某，男，36 岁，1991 年 11 月 23 日因四肢痹痛僵硬一年初诊。患者 1950 年底渐觉四肢僵痹，肌肤肿胀发硬，以远端为著，腕指关节活动受限。寒冷则甚，甚则作痛，肤色紫暗，或见红斑。病情缓慢进行性加剧。舌淡红苔白，脉弦细。在市综合性医院住院，经病理活检确诊为"硬皮病"，经口服激素，雷公藤片，静滴丹参注射液不效而转诊中医，林氏认为证属阳气亏虚，阴寒夹湿内凝，瘀阻络脉。理应温散寒湿活血通络，方选真武汤加减：炮附子 9g，炒白术 9g 京三棱 9g，蓬莪术 9g，白茯苓 15g，

白芍药 15g，紫丹参 15g。药服二周，痹痛渐缓，肿胀减退，但僵硬不已，肌肤枯燥，舌淡晦苔白，脉细弦，显示阴血已亏，宜佐养血和营：炮附子 9g，黄芪 20g，细辛 5g，当归 10g，川芎 6g，赤芍 12g，熟地 12g，桃仁 9g，红花 6g，野葡萄藤 30g，蕲蛇肉 10g，炙甘草 3g。出入治疗二个月僵痹完全缓解，关节活动自如，肌肤弹性，色泽正常，仅觉握力稍逊于前。随访半年病情稳定。

按语：硬皮病又称硬化症，中医归属顽痹虚劳范畴。多责之阳虚寒凝，气滞瘀结，盖血脉者喜温而恶寒，阳气亏虚寒湿凝滞，血脉瘀结，肌肤无以温养，僵痹乃成，法当温振阳气以散寒温，活血化瘀以通脉络。一诊真武汤振奋肾阳发散阴寒以治本，佐配三棱、莪术、丹参活血化瘀以治标，貌似标本兼治实则侧重去实。二诊肿胀减退，但肌肤僵硬、枯燥无华，为阴湿虽化但瘀结未散，血脉枯涩，以桃红四物汤活血养血，佐野葡萄藤、蕲蛇肉通利血脉，附子、细辛大辛大热温化沉寒，更辅黄芪，炙草益气以助化瘀散寒。全方集温阳散寒、益气养血、化瘀通络于一炉。攻伐而无伤正之弊，补益亦无实实之忧，相反相成对硬皮顽痹最为适宜。

活血通络治疗小脑萎缩

陈某，女性，50 岁，住院号：9635，1991 年 6 月 4 日因眩晕舌蹇、步履蹒跚，二年入院。患者自 1989 年 5 月渐觉头晕眼花，舌蹇语涩，行走不稳乃至书写困难，不能持针缝补。6 月 10 日头颅 CT 拟"小脑萎缩"。91 年 8 月 21 日请林氏会诊。症同上述，面色少华，呆滞迟钝，舌质淡晦，苔薄白，舌下青筋Ⅱ°，脉沉细涩。证属肝肾不足髓海空虚，法拟补肾填精。处方左归丸加减。药服一个月不效，9 月 24 日再诊。考叶氏有"久病入络"之说，患者病已二年，脉细涩而舌晦舌下青筋曲张，尚属络病，治宜活血通络，配伍少腹逐瘀汤、黄芪赤风汤合裁：茴香 4.9g，蒲黄 9g(布包)，五灵脂 9g，延胡 9g，没药 5g，川芎 6g，当归 9g，赤芍 9g，桃仁 9g，生地 15g，黄芪 30，防风 6。日一剂，连服三个月，眩晕渐除，步履稳实，生活自理，好转出院。

按语：脑为髓海由肝肾所主。眩晕舌蹇，脉沉细责之肝肾是为常法。久治不效则令人罔然。林氏对疑难顽症崇叶天士"经主气、络主血，久病成瘀"之论，每用通络法奏效。盖阳气主温煦，阴血主濡润借脉道以滋养五脏。脉络瘀滞五脏无以温养则病作矣。活血而络通，气血阴精得从上承，髓海有以充养，故补肾少效而化瘀建功。古云："不知规矩不能成方圆，不知灵变无以至通达。"知常达变，上工之所为也！

凉膈散治愈高热、顽固性呃逆

李某，男性，61 岁，住院号：11214。1991 年 12 月 6 日因高热、咳喘一周入院。胸片诊断"右下叶肺炎"。经静滴青钾、氨苄一周高热不退，咳喘胸痛，更伴便秘腹胀、呃逆频作，但头汗出而色少华，精神萎靡。12 月 12 日邀林氏会诊。诊脉细数带滑象，舌质红苔黄厚腻，中部焦竭。辨证：肺热壅盛，腑失通降。治宜泻热通腑，急下存阴，凉膈散主之：生栀子 10g，生大黄 10g，芒硝 10g，薄荷 3g，黄芩 10g，连翘 15g，淡竹叶 10g，甘草 3g。一剂，水 600ml 煎至 400ml，分三服。药后泻下黄色稀水便七次，是诊热势顿减(T＜38℃)，呃逆亦缓。但觉神倦，腹胀纳差，舌质红苔黄腻，脉细数。无形势邪易解，有形湿浊难化。中焦湿蕴热伏，虽虚羸疲惫不可言补，从清化为治，苏连藿朴夏苓汤化裁：苏叶 6g，黄连 5g，朴花 10g，藿梗 5g，半夏 9g，茯苓 20g，马蹄金 10g，滑石 18g，内金 10g，甘草 3g。日一剂，三天后热退净，咳喘减轻，腹胀告除，纳食纯增，仍觉倦息。舌偏红苔薄腻，脉细带数。肺经余邪未尽，气津两亏待复，攻补兼施两和肺胃：太子参 24g，麦门冬 15g，五味子 6g，桑白皮 12g，淮山药 15g，枇杷叶 9g，川贝母 6g，鸡内金 9g，粉甘草 3g。日一剂，调理一周康复如常。

按语：本例为右下叶肺炎并反应性膈肌痉挛而致高热，咳喘，呃逆。林氏按湿温病辨证，治分三

步，一剂凉膈散泻热通腑宣上彻下，使上焦得通而热自退，胃气因和而呃逆除，再以苏连藿朴夏苓汤清热于湿中、渗湿于热下，使两不相搏则势孤矣，最后用生脉泻白二散清解余热益气生津而收全功。一清二化三调和为林氏治疗湿温病热重于湿的基本程序，深得天士、孟英之学，堪为效法。

（陈国良　吴国莹）

谷铭三　　肺癌辨证用药规律

对于无法接受手术治疗的肺癌患者，消除症状是减轻患者痛苦，提高生存质量的重要环节。谷主任医师用健脾润肺化痰软坚、清热解毒等药物组方治疗晚期肺癌患者，较好地缓解了病人的临床症状及体征。我们通过对谷氏 274 张治肺癌处方的统计分析，试图找出其辨证用药规律，现报告如下：

临床资料

本文分析的 274 张治肺癌处方，均系来自门诊病例。共 65 例病人。其中男 43 例，女 22 例，最小 17 岁，最大 86 岁。以 42—70 岁为多，共 49 例。其中肺癌已转移者 21 例，占 32.3%。其余均为带癌者。

用药规律

1、处方中各类药物的使用情况

274 张处方中，共出现各类药物 155 味，2883 味次。每张处方平均 11 味，涉及补益药，抗肿瘤药，清热药，化痰止咳平喘药，理气药，理血药，解毒药，祛风湿药，利水渗湿药，消导药 10 类。

在 155 味药物中，使用最多的是补益药 27 味。其次是清热药、化痰药、抗肿瘤药。若按在处方中出现味次多少统计，其排列顺序依次为：补益药，化痰药，抗肿瘤药，清热药。上述 4 类药共出现 2288 味次，占全部 2883 味次的 79.4%。因此可以说谷氏在治疗肺癌处方中是以补益、化痰、抗肿瘤、清热四类药为主组方的。

2、处方中单味药使用情况

为了准确反映谷氏在肺癌治疗中的药物使用情况，我们将处方中出现率最高的前 11 味药做了如下分析。在 274 张治肺癌处方中出现味次最多的是：生百合/179 味次。其它依次为：瓜蒌/178 味次；鱼腥草/142 味次；山慈菇/127 味次；生地/95 味次；白参、葶苈子/80 味次；白花蛇舌草/79 味次；桔梗/78 味次；大枣/77 味次；黄芪/75 味次。其次出现较多的药物还有浙贝/73 味次；夏枯草/71 味次；川贝/67 味次；半边莲/66 味次；重楼/67 味次；甘草/57 味次；当归/52 味次。仔细分析前 11 味药的情况：补益药 5 味居首位。还有化痰药 3 味，抗肿瘤药 2 味，清热解毒药 1 味。因此可以说在一张处方中，补益药、化痰药、抗肿瘤为与清热解毒药药味之比是 5∶3∶2∶1。

5 味补益药在处方中共出现了 506 味次，占补益药总出现味次的 55.40%。其中属滋补阴血的有 2 味，即生地、百合。益气的有 3 味，即参芪、大枣。说明谷氏在治肺癌的处方中，扶正的着眼点是益气养阴。益气重点在脾，养阴重点在肺肾，也可以说在每张治肺癌的处方中，扶正的药物是以参、芪、百合、生地、大枣为主的。

在处方中常用的 3 种化痰药即瓜蒌、葶苈子、桔梗。它们共出现了 476 味次，占所有化痰药总出现味次的 73.8%。因肺癌患者多有肺阴亏损的现象，且多伴有咳嗽、咳血，故选用的化痰药性味多属甘寒。既能清肺化痰，又可润肺止咳。另外，对部分接受放疗患者更应该注意药物性味的选择，切忌选择温燥药物，以免火上浇油。

在抗癌药物的选择上，常选用的是山慈菇与白花蛇舌草。此二味药的使用占所有抗癌中草药出现率的 47%。其次较常用的有半边莲、重楼等药。

在清热解毒药的选择上，常选用的是鱼腥草和夏枯草。二者的使用率占所有清热药出现率的 72.7%，其中鱼腥草见长清肺，且有增强机体抵抗力和抗癌的功效。配伍夏枯草，清热解毒破瘤结，疗效可靠。

总之，统计结果表明，谷氏在肺癌的治疗中，坚持扶正祛邪，且以扶正为主的总原则。在扶正中，益气养阴，注重健脾润肺。在祛邪中强调化痰软坚为主，解毒散结为辅的思想。

治疗脾癌的基本处方及药物的辨证加减。经过 274 张处方的统计可以看出，谷氏治疗肺癌的基本处方是：生百合、黄芪、白参、生地、瓜蒌、鱼腥草、山慈菇、白花蛇舌草、浙贝、重楼。若咯血加大方中生百合用量，另加阿胶（烊化）、三七粉（冲）或云南白药（冲），若咯吐黄痰加金银花、半枝莲，亦可加大鱼腥草用量；若痰粘不易咯出，加川贝、韦茎、冬瓜仁；若干咳无痰伴有咽喉干痒，声音嘶哑或属放疗期间，酌加沙参、麦冬、天冬、石斛、花粉、黄精、元参等药、配服各种新鲜水果压榨的果汁；若放化疗引起血象下降可加当归、甲珠、鸡血藤；若胸痛加僵蚕、蜂房、元胡等。

肺癌晚期出现胸水，多属脾肺两虚，故治疗选药上注意加强补益脾肺，另加用葶苈子、半边莲、卷柏、龙葵等。总之，在肺癌的治疗中，注重辨证立法，依法遣药，组方严谨，用药针对性强，有一定的规律性可循，许多经验用药方法，值得借鉴。

小结

1、在 274 张治疗肺癌处方中共出现各类药物 155 味，2883 味次，涉及补益药，化痰止咳平喘药，抗肿瘤药等 10 类，平均每张处方用药 11 味。

2、在治疗肺癌处方中，是以补益药、化痰药、抗肿瘤药、清热解毒药四类主组方的。统计表明在每一张处方中，补益药：化痰药：抗肿瘤药：清热解毒药约为 5：3：2：1。体现了扶正祛邪兼施，以扶正为主的原则。

3、处方中单味药使用统计表明，扶正主要是益气养阴，益气的重点在脾，养阴的重点在肺肾；祛邪强调化痰为先，解毒散结为辅的思想。

4、统计中还表明，在处方中扶正药主要为黄芪、百合、生地、大枣；祛邪药常用瓜蒌、葶苈子、桔梗、山慈菇、白花蛇舌草、鱼腥草等。

5、在肺癌的治疗中，十分注重辨证立法，依法遣药，组方严谨，药物加减的针对性较强。

（谷言芳　张天文）

俞长荣　　一贯煎的应用体会

五脏病变，肝气居多，发病较杂。俞长荣教授擅治内伤杂病，善用一贯煎，每每得心应手，收效甚捷。老师曰：善治百病，须善于调肝。盖肝主春生之气，肝气贵在调和，肝气和则十二经气血自调。然肝为藏血之脏，血为养肝之物，肝气赖于肝血的濡养。肝血充盈，肝体柔和，肝气乃能条达、畅茂。倘若阴亏血燥，体失柔和之性，则肝气诸证遂生。

一贯煎系清·魏玉璜所创，究其组成乃为治疗久病之后，肝肾阴虚，变生诸症而设。方由当归、地黄、川楝子、枸杞、沙参、麦冬六味药物组成。除川楝子外，余药皆属甘味，均具有补阴补血的功效。经曰："肝苦急，急食甘以缓之。"本方以甘味为主，故重在补肝体，缓肝急，意在通过调整肝脏生理功能而达到治疗肝病的目的。究其方特点有三：

1、补养肝肾技高一筹。方中当归、沙参、麦冬入脾胃经，当归、生地、川楝子、麦冬入心经，除沙参、麦冬入肺经外，余药又均可入肝、肾二经。养肝滋肾，兼补胃阴，体现了肝脾相助、精血相生的原则。且具有滋水涵木、清金制木、培土抑木等脏腑制化关系又达到了调整肝气目的。从治法上而言，又不同于单纯补养肝肾阴虚。

2、舒肝理气开法外之法。《内经》曰："肝欲散，急食辛以散之。"肝主人体生发之气，喜条达而恶抑郁，其性刚而相火内寄，虽多实、热、阳证，但倘若肝血不足，肝气虚弱，肝肾阴虚而致肝气力不能舒者亦不鲜见。俞老师认为"舒肝"、"疏肝"两者有别。"疏"，疏凿开通之意；"舒"，舒畅条达之意。川楝子偏于"舒肝"，一贯煎取其舒肝理气而遂其肝木条畅之性，另取当归（甘、辛、温）补血、活血，微辛柔润，能伸达肝气，此乃魏氏治疗肝肾阴虚肝气证之特点。

3、顾护肝气面全周到。吴昆曰：肝"顺其性者为补，反其性者为泄。"（《医方考》）凡上升之气，皆自肝出，肝为木性，喜升而恶降，喜散而恶敛。肝虚气弱，理应保护肝气不受削弱，味酸敛收之品，恐碍升散之性，所以未予加用，从维护肝生理角度，有其一定道理。

俞老师临床常以本方治疗久病或素体虚弱引起肝气之证，诸如：胃脘痛、胁痛、腹痛、郁证、脏躁、淋证、咳喘等，上述各证凡兼见心烦、寐差、咽干口燥、舌红少苔、脉弦或细数等脉证中具有三项以上者，均可考虑采用本方治疗。兹选录验案数则于后：

1、胃脘痛案

游××，女，44岁，干部。1992年2月18日初诊。

胃脘闷痛3年，胃镜检查提示："慢性浅表性胃炎。"曾服过多种西药，症未改善，近日改用中药柴胡疏肝散，香砂六君子之类，效果不显。证见胃脘痛，胁胀、口干，厌食呃气，心烦难眠，尿黄便干，舌红、苔薄微黄，脉细弦。此肝肾阴虚，木郁乘土，又进辛温香燥，肝胃津血益受耗伤，拟滋肾养阴，柔肝缓急，佐以解郁理气之品。

处方：当归6g，生地、川楝子各15g，枸杞、北沙参、麦冬、百合、乌药、郁金各10g，6剂，水煎。

3月12日复诊：上药共服12剂，胃脘痛及口干、呃气基本消失，二便通调，舌淡红苔薄，脉虚弦。仍照上方隔日服一剂，调理两周，未再发。

按:《素问·六元正纪大论》:“木郁之发……故民病胃脘当心而痛。”肝脾本相助、病则违和。胃脘疼痛,若因木盛克土,肝脾不和,则治肝之用。本证属肝肾阴虚,肝用有余,故治当体用并顾。笔者体会,此类胃脘痛常与精神因素有关,患者多有心情抑郁、心烦、失眠等见症。俞老师用一贯煎常加佛手、郁金之类行气解郁。兼胁痛者,加芍药、甘草,痛较显者加百合、乌药,甘柔缓急,理气止痛,疗效满意。

2、郁证案

林××,男,54岁,省农科院干部。92年2月8日初诊。

半年前因车祸左下肢开放性骨折,经两次手术效果欠佳,愁虑忧郁,情怀不畅,遂见心悸多汗,口干夜烦,不寐厌食,头晕腰酸,胁痛脘胀,夜尿频繁,舌淡红苔薄,脉沉虚弦。久服天王补心丹、甘麦大枣汤及百合、知母、龙、牡之属,病证不减。王旭高曰:“情志郁勃,心肝受病。”(《柳选四家医案》)此志虑不伸,悒郁动肝所致,病在肝,而非纯在于心,徒用养心安神岂能愈之?肝为刚脏,济之以柔,肝气平则心气和。

处方:明玉竹、川楝子、北沙参、李根皮、生地各15g,蜜枣仁、麦冬、枸杞各10g,当归6g,绿萼梅3g,4剂。

1992年2月22日复诊:药后心悸、胸闷、心烦、口干明显好转。药已对症,继上方加钩藤12g,白芍15g,7剂。

3月中旬随访,诸症已愈。

按:郁证多火,“郁而不舒,则皆肝木之病。”《医碥》本例肝阴受损、累及心营,以一贯煎滋肾柔肝,养阴宁心。对忧郁过度、五志化火者,俞老师喜加钩藤、李根皮等味苦微寒之品,清热平肝解郁,配合白芍、绿萼梅效果颇佳。

3、胁痛案:

廖××,女,29岁,工人。91年8月26日初诊。

右胁部胀闷隐痛半年,肝功能检查三次,麝絮(++),麝浊8°,余项无明显异常。常服丹栀逍遥散等未效。证见:心烦、胸闷、头痛、疲乏、失眠善怒、便秘、经量多,舌红苔薄,脉虚弦。此肝肾阴虚肝郁内热证。治宜养阴和营、疏肝理气。

处方:北柴胡、枸杞、麦冬各10g,枳壳、当归各6g,白芍、枣仁各12g,川楝子、生地、北沙参、钩藤各15g,甘草5g,7剂。

9月2日二诊:药后睡眠良好,胁痛明显减轻,便秘改善。照上方减柴胡为5g,前后续服30剂,诸证消失,月经如恒,两个月后复查肝功已正常。

按:邪在肝则两胁中痛。肝气郁而胀柴胡疏之;肝气胀甚,疏之更甚当柔肝。本例胁痛半年且见胸闷,乃肝气怫郁;心烦、便秘、失眠、为肝肾阴虚。证属虚实夹杂。俞老师根据主证以一贯煎滋养肝肾,加柴胡疏气。庶期肝之阴血得充,肝郁得疏,病得向愈。

4、淋证案(前列腺炎)

姚××,男,56岁,高级工程师。91年11月2日初诊。

尿痛数月,痛引会阴、下腹急迫,腰酸,口苦,夜寐不佳,伴见口腔溃疡,胃脘不适,舌偏红,苔薄白,根略腻,脉细弦。检查前列腺液多次:脓球(+),红细胞少许。证属肝肾阴虚,下焦蕴热。拟用一贯煎滋养肝肾,酌加清热理气之品。

处方:当归、佛手、乌药各6g,生地、川楝子、北沙参各15g,枸杞、麦冬各12g,百合10g,蒲公英15g,7剂。

91年12月20日二诊:药后证减。照上方继服10剂。服药后诸证基本消失,胃脘痛、口腔溃疡

也治愈。

92年2月28日三诊：停药月余，近日出差疲劳，复发尿数涩痛，尿检复见脓球、红细胞少许。脉细弦近数，舌红苔薄腻。此乃劳伤肾气，膀胱蓄热。仍当滋肾柔肝，辅以益气渗温。

处方：生地、车前子（布包）、川楝子、太子参、萆薢各15g，麦冬、北沙参、枸杞、百合各10g，当归6g，连服14剂，症状消失，尿检正常。

按："诸淋者，由肾虚而膀胱热故也。"（《诸病源候论》）本例乃湿热久羁、肾阴亏虚、乙癸不调之证。俞老师曰：淋证涉及肝阴虚者多由肾虚而来，其波及肝气者，多属湿热阻其宣化、动及肝气而致尿痛引及会阴并见下腹急迫。俞老师用一贯煎，兼以利尿。下腹疼痛或胃脘不适者加百合、乌药、佛手等益气调中，温顺肝气。湿热加草薢、瞿麦、公英、车前子颇验。

（许仕纳）

史方奇　　麦门冬汤化裁四方的临床应用

史方奇老师临证60余年，善用经方，其化裁运用《金匮》麦门冬汤颇具特色，兹撷其要介绍于后。

楂曲麦门冬汤治疗肺疳厌食

方药：泡参15g，麦冬、法夏、粳米各15g，甘草6g，山楂、神曲、鸡内金各10g，麦芽、鱼腥草、鸡矢藤各15g。日一剂，煎服(此为5岁小儿量)。

主治：小儿厌食，纳呆，口渴，盗汗，常易感冒咳嗽，揉鼻咬牙，面皖白，消瘦，头大颈小，肚大，肋骨外翻，舌淡红苔薄白或薄黄，手心热，纹紫，脉数。

加减：脾虚便溏党参易泡参，加白术6g；咳嗽哮喘加麻杏石甘汤；阵发腹痛，睡中磨牙加使君肉，榧子各10g；大便燥结加火麻仁15g，酒军2g。

病例：魏×，男，4岁，厌食，纳呆2年多，伴咳嗽10天。经肌注青、链霉素，口服棕色合剂，咳特灵等效不佳，伴口渴冷饮，盗汗，2年来月均感冒1—2次。面皖白，头大颈小，肚大鸡胸，，大便秘结2日未解，舌红苔薄黄，脉数，手心热。上方合麻杏石甘汤3剂咳止，后服楂曲麦门冬汤6剂纳增，15剂而汗止纳食二便正常。随访半年未感冒，发育趋于正常。

本方为麦门冬汤化裁方。史氏认为："疳者，干也"，治疗要点在"补脾消积，健化生津"。从师所见300余例小儿疳积、厌食者中肺疳占1/3。治疗中还需配合科学的饮食调理。轻者3剂可纳食大增，病重者60余剂可治愈。方中妙在泡参、麦冬、粳米、甘草甘平益气生津基础上，配合消食运脾之味。现代研究泡参即南沙参，在126味中草药中所含钛元素列前4位，钛元素有刺激吞噬细胞大量增加，从而增强人体非特异性免疫的作用。这于肺疳肺卫不固抗病力低下，真可谓矢发机中。

麻杏麦门冬汤治疗咳喘

方药：麻黄6g，生石膏20g，杏仁12g，泡参30g，麦冬15g，法夏、黄芩各12g，桑皮、瓜壳各15g，苇根30g，川贝粉6g(冲服)，日一剂，煎服。

主治：外邪郁肺，气津两伤咳喘证，咳嗽，气喘，痰白不爽，咽痒即咳月余或数月不愈，舌红中有裂纹，苔薄白，脉数者。

加减：口渴加知母、花粉各12g；心烦、失眠加炒枣仁、竹茹各12g；咳引胁痛加当归、白芍、香附各12g；耳鸣、腰酸软加枸杞、核桃各15g；痰黄稠，苔黄腻加厚朴12g，葶苈10g；便秘加生大黄3g。

病例：张××，女，31岁，咳嗽2年多，现咳喘气逆，胸闷，痰少时黄时白，涕清，咽痒，神疲，纳少，舌红苔黄腻，中有裂纹，脉细滑数。经青霉素、氨茶碱、地塞米松、舒喘灵等治疗月余效不佳。服上方6剂咳喘大减，16剂痊愈。

张三锡《病因脉治》中说："百病唯咳嗽难医"。史氏认为：其难一者，肺为娇脏，为诸脏之"华盖"，外合皮毛而卫表，易反复受外邪内伤而咳，肺之未复又为邪伤；二者，"五脏六腑皆令人咳"形成咳虽

在肺，其因难辨，治难奏效之势。此方合麻杏石甘汤、麦门冬汤为一方，宣散邪气而不伤气津，益气生津不敛其邪，降气化痰平喘无温燥之弊，内清郁热无碍脾运，故治咳喘屡获奇效。1991 年内 50 余名咳喘者对抗生素呈耐药性，经多种抗生素治疗 1 周至 3 月效不佳，用本方治疗效捷。

左归麦门冬汤治疗消渴

方药：北沙参 30g，麦冬 15g，法夏 12g，甘草 6g，粳米、熟地、枣皮、淮山、茯苓、枸杞、生麦芽各 15g，黄连 6g，日一剂煎服。

主治：气阴两虚消渴证，口渴引饮，五心烦热，盗汗，嘈杂善饥，消瘦，舌红少苔或舌淡红中有裂纹，苔薄黄，脉细数。

加减：气短懒言，自汗，气虚明显者党参易北沙参，加黄芪 15g；眩晕加天麻 9g，白芍 20g；失眠梦多加炒枣仁 15g，夜交藤 30g；口舌生疮加蒲公英、野菊花各 15g；大便秘结加火麻仁 30，酒军 3g。

病例：罗××，男，66 岁，口渴引饮 3 年，头昏，耳鸣 1 年多，诊断为糖尿病。常服消渴丸，降糖丸等效果不佳。现症如前，且五心烦热，盗汗，舌红中无苔，边薄黄，脉细数。服上方 3 剂渴减半，服 30 剂诸症消失，尿糖(一)，血糖降至正常。后以杞菊地黄丸每次 6g，日三次，观察半年血糖正常。

该方为麦门冬汤和左归饮化合而成。其益气生津，滋肾健脾之中，黄连折心火肃肺金以生水，生麦芽消食运中而含少阳生升之气，粳米尤妙，《本草求真》说粳米："常食之物，服之不甚有益，而一参以药投，则其力甚巨。未可等为泛常而忽视也。……凡五脏血脉，非不因此而灌溉；五脏积液，非不因此而充溢。"全方使肺胃润，脾土健，肾精充，风燥熄，少火生，五脏气调而痰饮得解。

升降麦门冬汤治多囊肾和小儿脑积水

方药：泡参 30g，麦冬 15g，法夏 12g，甘草 6g，升麻 9g，泽泻 20g，黄芪 15g，厚朴 12g，五加皮、冬瓜皮、车前仁各 15g。

主治：腰酸胀及胁肋，肠鸣，脘腹痞满，或有泄泻，B 超或肾造影为单侧或双侧多囊肾。舌淡红有裂纹，苔薄白，脉沉。小儿脑积水见头大，神疲或烦躁，并见五迟、五软症。

加减：泄泻加白术 6g，扁豆 30g；小便不利，水肿加猪苓、茯苓、通花根各 15g；腹胀甚加大腹皮 10g，白蔻、小茴各 6g；脑积水消后加猪脊髓、兔脑髓各 30g 入药煎服。

病例：肖××，男，58 岁，右腰胀及肋 3 年余，肠鸣时腹泻，B 超提示：右侧多囊肾，舌淡红有裂纹，苔薄白滑，脉沉细。上方 4 剂腰胀大减，20 剂病愈，1 年后随访未复发。

病例：余×，男，1 岁半，关颅及前囟增大 6 月余，CT 检查示：脑积水。现头仍渐增大，头皮静脉怒张，额大面小，骨缝分离，颈软神疲，不能行走，体瘦，舌淡苔白腻，指纹淡紫滞。服上方 6 剂小便增多，神转佳，30 余剂头围缩小，颈立能走，骨缝闭合。一年后随访恢复正常生长，智力发育良好。

该方参、芪、冬益气生津，升、朴、夏、茴升清行气化湿，泽、二皮、车前利水，甘草和中。使宗气充足，津液润泽，阴阳协调，清升浊降。即《金匮要略·水气病篇》："阴阳相得，其气乃行，大气一转，其气乃散"，故积水尽消。本方治上述两症各数例均愈。

《金匮》麦门冬汤，仲景本云："大逆上气，咽喉不利，止逆下气，麦门冬汤主之"。喻嘉言说："夫用救火之药而火反升，用寒凉之药而热转炽者……，孰知仲景有此妙法，于麦冬人参甘枣粳米大补中气，大生津液运中，增入半夏之辛温之功，擅古今未有之奇矣"。史氏灵活运用本方治多种疾病气津两伤者，每获良效。可助脾胃运化，可肃肺化痰，可养胃肾之阴，可使津生水降。其辨证要点在病久不愈，咽干、口渴，舌有裂纹而不泥于舌色舌苔，也非必见气虚症状。（雷正荣）

王乐匋　寒温同用法治验举隅

寒温同用法是针对某些寒热错杂、本虚标实等复杂病情而施用的配伍方法。吾师王乐匋教授从事医、教、研五十余年，在长期的医疗实践中，总结了一套行之有效的寒温同用的配伍形式。组方遣药中，基于洞悉脏腑及药物的寒热之性，常根据病情需要，利用药物的相反相成，熔水火于一炉。即使病情单纯为寒证或热证，也注意到五脏相因、气血同源、阴阳互根之理，一般不主张纯用一派寒凉或一派温热，以防矫枉过正。兹将王师运用寒温同用法的部分临床治验介绍如下，以飨同道。

平肝阳，兼以温脾止泻

临床可见，肝脾不和者，大多表现为肝亢脾弱、上热下寒的证候特点。王师治疗肝肾阴虚，肝阳化风上扰之眩晕、头痛等疾若兼见肝木犯脾、脾阳不振而大便不实者，常根据肝脾不同的寒热特点，采用平肝以凉，理脾以温的寒温同用法。王师尝告谓吾辈："处方用药，当顺应脏腑寒热喜恶之性。"肝属厥阴风木，体阴而用阳。病理上，肝阴、肝血常不足，肝气肝火常有余。脾为太阴湿土，喜燥恶湿。病理上，多为寒、为湿、为虚。肝脾两病，寒热喜恶，判然有别。故治疗用药，平肝阳一般应避用燥烈动火之品，常用药物多偏性凉。如白蒺藜、生白芍、川楝子、钩藤、玫瑰花、八月札等。温脾阳多属辛温或甘温之品，如益智仁、台乌药、沉香曲、土炒白术等。两组药性相反的药物共存于一方，泻肝木而温脾土，正是顺应了肝脾不同的寒温属性。

病案举例

刘某某，女，43岁，干部。素有眩晕症、胆结石、胃脘痛病史。去夏曾作胆结石摘除手术。兹则眩晕时时举发难耐，大便恒溏，或则便泻，日行2—3次，心烦面赤，舌红少苔，脉弦细。此肝亢脾弱之质，风阳时动，脾乏升运。拟予平肝理脾，寒温同用。拟方：土炒白芍10g，白蒺藜10g，柴胡8g，炒白术10g，煨天麻10g，煨川楝子10g，炒玄胡索10，台乌药6g，益智仁10g，生石决明24g(先煎)，钩藤12g(后下)，茯神12g，炙草4g，青橘叶10。7剂。二诊：上方服后，头眩稍减，大便已得成形，日行1次。惟感双目视物不清。上方去柴胡、白术，加青葙子10g，密蒙花6g。辄后每当眩晕、便溏复作，则以上方出入而获效机。

按：本案从寒热角度来看，一方面表现为头眩、面赤、心烦、舌红等肝阳上亢之属热的一面，同时又出现腹泻、便溏、脉细等脾阳不升之属寒的一面。故立方之旨，必须两和肝脾、寒温并用。合调理肝脾之名方痛泻要方及平肝熄风之主方天麻钩藤饮为基础方加减出入。方中柴胡、白蒺藜、白芍、川楝子、青橘叶、石决明、钩藤等主以调肝，其性偏凉；白术、乌药、益智仁、炙甘草重在理脾，性多偏温。两组药物恰合肝脾二脏寒热喜恶之性，故收效颇著。

温肾阳，坠以磁石清降

"治寒以热"。凡遇肾阳虚乏、沉寒痼冷之疾，非大温大热之剂不能举其功。然王师对阴阳水火的认识则更深一层。常谓：治病须识阴阳水火互根消长之理。阴阳之中复有互藏之道，阴中有阳、阳

中藏阴，方可生生不息。药物的配伍，也应体现这一思想。如遇到阴寒之证须用附、桂等温热之品时，王师常佐以一味磁石，先煎入药。按：磁石辛寒质重，李时珍谓其"法水色黑入肾。"临床多用于肝肾阴虚、浮阳上扰之耳鸣耳聋以及失眠头痛诸证。于大队温热之药独加磁石，旨在取其性寒重坠之性。盖温热之药虽能拔其阴寒，但毕竟属于壮火之品，"壮火之气衰"，过用或配伍不当往往反使凉阳上越而寒邪不退。若反佐磁石，则使附、桂之属既可温阳逐寒而无动火之弊，确乎未雨绸缪之举。

病案举例

王某某，女，39岁。平素畏寒喜温，耐夏不耐冬。兹则周身关节痹痛，下肢乏，容色晦滞，经来涩少。苔薄白微腻，脉弦涩。此属脾肾阳气虚衰，寒湿阻络。法当温阳通脉逐湿。拟方：熟附片10g，川桂枝6g，川独活6，鸡血藤18g，怀牛膝12g，鹿衔草12g，片姜芡10g，威灵仙12g，木防己10g，丹参15g，磁石30g(先煎)。7剂。二诊：药后证药相安，关节疼痛、下肢泛浮诸证均减。当时王师因故未上门诊，笔者照前方去磁石，续投7剂。三诊时，患者自述关节痛肢浮等证虽得以缓解，但此次服药又增寐艰。询于王师。师曰：此乃温热之品扰动君相二火可致，仍当佐以磁石潜之降之。辄后寐艰即平。

按：此案属《内经》所谓"寒气胜者为痛痹"之痛痹证，故用药当主以温通无疑。方中以大辛大热之附、桂合以祛风湿通经络诸品，恰合病机。王师每用桂附，常坠以磁石，以纠温药动相火之弊。从本案磁石取舍之得失，可见寒温同用之妙，信乎斯言。

治耳鸣，反佐肉桂归原

耳鸣是临床常见的疑难病证之一，常与耳聋同进或相继出现。王师认为，该疾虽有体虚肾亏、外邪侵袭、肝火上扰、痰浊阻耳、瘀阻经脉等多种证型，然因肾水不足，水不涵木，肝阳化风，循肝胆之经上扰所致者居多。因此，王师治疗此类耳鸣耳聋，多抓住肾亏水乏为其本，风阳上扰、络脉受阻为其标的病机特点，常以滋养肝肾、平肝熄风、开窍通络诸法，并在甘寒之中反佐一味肉桂，以导上浮之阳气下行，而成为寒温同用的又一类型，且取得了较好的疗效。

病案举例

包某某，男，40岁，教师。左侧耳鸣如蝉已三个月，伴有头掣痛，夜寐难安。前医投以数十剂泻火平肝之剂，诸证未减。改延王师诊治，询知下肢常有清冷之感，舌红少津，脉濡细。此肾水不足，水不涵木，虚阳化风循络扰窍。当以滋水涵木，潜阳熄风，并少佐温药，以导阳气下行可也。拟方：干地黄18g，生白芍10g，金石斛12g，生代赭15g(先煎)，藁本6克，煨天麻10g，潼白蒺藜各10g，磁石30g(先煎)，女贞子10g，甘杞子15g，茯神12g，钩藤12g，全蝎4g(研吞)，肉桂4g。7剂。二诊：投剂以来，头掣痛已缓，耳鸣亦轻。前方加石菖蒲6g，续进7剂。后以上方加减出入，治疗月余，耳鸣头痛已基本未作。

按：耳鸣一证，前人论述颇多，但临床疗效往往不显。王师对本案的辨证，抓住了三个关键：首先，患者虽有耳鸣伴有头痛、失眠、舌红，但此属虚火而非实火，故始终避用苦寒，主以大队甘寒壮水之剂，合以熄风平肝之品以制其虚阳。再则，患者常感下肢清冷，此乃阳浮于上，火不归原、上热下寒之象，故以肉桂反佐，以导阳气达于下元。其三，根据《内经》"清阳出上窍"之旨，王师认为耳鸣耳聋多为浊邪害清，窍络不宣，故二诊时，加石菖蒲以宣窍化浊，亦是王师治疗耳鸣耳聋常用之法。

治痢疾，银黄理中同用

痢疾，古称"肠澼"、"滞下"。以大便次数增多，腹部疼痛，里急后重，下赤白脓血便为特点。主要因湿热或疫毒外侵而起，亦可因七情内伤或食入秽浊，积滞肠中，传导失常所致。治疗一般以去滞、

调气、和血为基本原则。对于湿热郁于肠中，久而脾虚失运而清阳不升，延为“休息痢”者，王师主张应扶正祛邪兼施，寒温同用，仿张石顽之连理汤之意，即以理中之温，合以银花、黄连之寒。

病案举例

章某某，男，46岁，农民。患者年前患有菌痢，嗣后大便常溏而不爽，有时粪便挟有粘垢，或紫色血便，登厕时腹部隐痛，肛门坠胀。脉弦细，苔薄腻而淡黄。此脾虚湿热并见，姑仿连理汤之意，寒温并用。拟方：酒炒黄连3g，淡干姜2.4g，焦白术6g，土炒白芍9g，炙甘草3g，煨木香4.5g，炒防风4.5g，银花炭12g，炒荆芥4.5g，陈莱菔英12g，米炒荷蒂4枚。4剂。服后大便渐趋正常，粘垢减少，仍从原方出入。约20余剂，大便正常后，改汤为丸，以巩固疗效。

按：本案证属脾虚失运，湿热毒邪蕴肠之“休息痢”，病情虚中兼实，寒热夹杂。故立方遣药当标本兼顾，寒湿并用。方中川连、银花炭、莱菔英清肠解毒；干姜、白术、炙甘草温脾和中；芍药配甘草，敛阴和营，缓急止痛；防风、煨木香、荆芥、荷蒂等升清调气畅中。诸药相伍，共奏理脾清肠、调气升阳止痢之功。俾湿热毒邪得祛，脾阳得振，气机得畅，故痢疾得愈。

解肌热，桂枝合以清透

桂枝汤乃仲景用来治疗营卫不和之太阳表虚证的主方。其立方之旨是调和营卫、解肌退热。属辛温解表之剂。王师曾以此方配合辛凉清透之品治疗荣虚气弱之体复感外邪以致热邪留恋不去，表热迟迟不解者。王师认为：桂枝汤虽为解表之剂，但其方的作用原理与麻黄汤不同。桂枝汤并非着眼于祛除外邪，而是通过调整营已之间的协调互用关系，使“阳者卫外而为固也，阴者藏精而起亟也”，从而调动机体抗邪能力而达到热退病除的目的，其本身具有扶阳益阴的强壮作用，观桂枝之变方如小建中、黄芪建中等便足以说明此点。如合以辛凉透热之品，亦可成为一寒温并用之方。

病案举例：

李某某，女，72岁。近十多天来，常觉肌热，虽时有汗出，然热退不彻，神色萎顿，且有咳逆。舌嫩红，脉来濡软。此高年体亏，荣虚气弱，外邪留恋于肺卫。当以清透外邪，调和营卫，扶正达邪，寒温并用。拟方：炙黄芪24g，川桂枝6g，炒白芍10g，青蒿梗6g，香白薇10g，桔梗6g，前胡8g，炙甘草8g，紫菀10g，蒸白前10g，生姜3片，红枣4枚，四剂。药后肌热得除，咳逆亦停。

按：此案系正虚兼有外感证，故立方遣药，抓住扶正与祛邪两个环节。方中重用黄芪，合以桂枝汤，辛甘温合化阳气，以振奋正气，鼓邪外出。益以辛凉透表之青蒿、白薇，寒温同用，寒者透其热，温者助其正。故四剂即热退咳平。王师对经方的活用，驾轻就熟，实堪效法。

（吴南民）

郑惠伯　达原柴胡饮救误案三例辨析

达原柴胡饮为郑惠伯主任医师于六十余年临床中常用的经验方之一。本方系在《温疫论》达原饮的基础上，加柴胡而成；功能和解表里，开达膜原，辟秽化浊，清热燥湿；主治因湿热秽浊内蕴膜原，表气不通，里气不和，气机不畅所致的湿遏热伏夹秽浊内阻证，临床运用较广泛。下文仅对郑老师用达原柴胡饮救误案3例，进行辨析。

湿疫头痛救误案

贺某某，女，32岁。初诊日期：91年3月11日。

患者感冒头痛已20余日，缠绵不愈。阵发头痛，项背强，无汗恶风，低热(37.5—38℃之间)，午后较重，干呕，苔薄腻，脉滑数，二便正常。根据"太阳病，项背强几几，无汗恶风，葛根汤主之"，"太阳与阳明合病，不下利，但呕者，葛根加半夏汤主之"，而诊断为太阳阳明合病，投以葛根加半夏汤，加白芷、川芎、僵蚕等。

2诊(3月13日)：服药后自觉头痛稍减，但身热依旧。仍守上法，去姜、枣、草加入活血药物丹参、桃仁、红花等。

3诊(3月15日)：患者头痛加重，自述头痛如斧劈，痛苦万状，头部抵枕上，用两拳击头，头痛阵发，可自行缓解。舌质红苔黄白相兼厚腻，大便3日未行。某院脑电图检查：呈现弥漫性异常。

根据病情演变，现已明朗，病属湿疫头痛。拟达原柴胡饮，加升降散，芳香化浊，苦温燥湿，通降腑气。柴胡15g，草果10g，槟榔15g，厚朴10g，知母15g，黄芩15g，赤芍15g，蝉衣10g，僵蚕10g，姜黄10g，葛根30g，大黄10g。

4诊(3月18日)：服上方3剂后，头痛虽然阵发，但痛势已减大半，项强亦减轻，体温有所下降，仍在37.5℃左右，大便已通，腻苔略薄，痛苦面容大有好转。药既中病，再进3剂，大黄减量为6g。

5诊(3月22日)：头痛基本控制，但时感胀痛，项强大减，腻苔退大半，然舌中后部腻苔尚存，体温正常。病情虽好转，因湿疫之为患，常留恋难解，且易反复，守原方减其剂，再进3剂，以根除湿疫之邪。

6诊(3月27日)：病已基本治愈，腻苔已退变为白滑，头时眩晕，午后仍感身倦，湿疫虽除，但湿邪未尽，拟甘露消毒丹加减以善其后。

随访至今，头痛愈后未再复发，复查脑电图正常。

析误：

患者起病感冒，头痛项强，不下利，但呕，似属《伤寒论》的太阳阳明合病之葛根加半夏汤证，但投葛根加半夏汤再加镇痉之品无效，又加活血药物，病情逐渐加重，说明诊断辨证有误，药不对证，非伤寒病证。余师愚在《论疫与伤寒似同而异》中说："疫证初起，有似伤寒太阳阳明证者，然太阳阳明头痛不至如破，而疫则头痛如劈。"六十年前，郑导师悬壶夔门，当时疫疠流行，凡头痛如劈，而兼有热疫症状者，用清瘟败毒饮；头痛如劈，兼有湿疫症状者，选用达原柴胡饮，临床多取得满意的效

果。

本案患者初诊，无疫证之头痛如劈见症及湿疫之厚腻舌苔，以致误用葛根加半夏汤加味治疗，而使症状加重。当头痛由阵发转为如斧劈，舌苔由薄腻变为厚腻，湿疫症状明显时，改用达原柴胡饮加味，立即收到疗效。故当病家病情移步换影时，应细心观察，以求得及时而准确的辨证。

湿疫发热救误案

何某某，男，40岁。初诊日期：91年9月20日。

患者发热将近一月，经中西药治疗无效而来我院门诊中医科就诊。恶寒发热，时令尚近秋分，而患者身着棉衣，头裹毛巾，上午体温38℃，下午40℃，耳聋，目赤，头痛，身痛，小便黄，大便结，舌质红苔黄白腻，脉数。

诊断为外感风寒，内有伏热，从表里双解，拟三黄石膏汤、荆防败毒散合法：黄芩、黄连、大黄、石膏、荆芥、防风、羌活、独活、柴胡、前胡、甘草，2付。

2诊(9月23日)：仍发热不退，大便滞而不畅，舌苔白厚腻，脘痞不饥，时有恶心，余症如前。病情有增无减，实为湿疫蕴结膜原，阻遏三焦气机，邪在半表半里而形成上述发热等证候。仿吴又可三消饮法，急投达原柴胡饮加味：草果10g，槟榔15g，厚朴12g，知母15g，黄芩15g，赤芍15g，柴胡15g，青蒿20g，葛根20，滑石20g，甘草3克，大黄10g，3付。

3诊(9月27日)：服上方3剂，濈濈汗出，耳聋豁然开朗，恢复听觉但伴耳鸣，头痛减但眩晕，全身骨节仍疼痛，恶寒发热减轻，全天体温不超过38℃，手足脱皮，大便通畅，苔白腻虽减但中后部仍有腻苔，脉滑数。温疫之邪未尽，仍用上法，减其量，再服3剂。

4诊(9月30日)：诸症皆减，仍有低热，舌中后部薄腻苔，身着秋装，头巾已取，湿疫之邪消退大半，残余浊湿尚存，当防止余热复燃。拟清热利湿，芳香化浊法：白蔻5g，藿香10g，茵陈15g，滑石15g，木通10g，石菖蒲10g，黄芩10g，连翘15g，薄荷5g，射干10g，苡仁15g，芦根15g，3付。

5诊(10月4日)：诸症皆愈，全身脱皮，用调理脾胃，健脾除湿法，选参苓白术散加减作善后治疗。

析误：

患者初诊时恶寒发热，头痛身痛，似外感风寒表证；目赤，小便黄，大便结，舌质红似内有伏热，辨证为表里合邪，但用三黄石膏汤、荆防败毒散表里双解，不仅未能见效，而且病情加重。原因在于诊断辨证中忽视了浊湿为患的耳聋及腻苔症状、体征；且发热近一月时间，已非一般外感风寒所致。

二诊时，抓住长期发热，日晡益甚，苔白厚腻，脘痞恶心，大便滞而不畅，耳聋等证候特征，辨证为湿疫发热。湿疫发热，乃浊湿邪伏膜原，邪热浮越于经，而不在经，汗之徒伤表气，热亦不减；邪热在夹脊之前，肠胃之后，而不在里，清之徒伤胃气，更增脘痞。郑师仿吴氏三消饮法，拟方达原柴胡饮加青蒿、葛根、大黄、滑石，以宣透膜原疫邪，仍从表里分解，而重在辟秽化浊，燥湿清热，故能收到救误之功。

太阴寒湿腹泻救误案

骆某某，男，55岁。初诊日期：91年12月13日。

患者腹痛腹泻已两月有余，西医诊断为肠炎，经用多种抗生素治疗无效，而转向中医求治。腹痛腹泻日十余次，里急后重，大便有粘液，镜检有红、白细胞，苔白滑，脉弦，辨证为肝旺脾虚，脾为湿困。仿痛泻要方加味：陈皮、白芍、防风、白术、藿香、厚朴、姜半夏、肉豆蔻、黄连、甘草，3副。

2诊(12月16日)：服上方3剂，痛稍缓解，滞下次数略有减少，于原方中加葛根、黄芩，再进3

剂。

3诊(12月20日):服药后病情反而加重,少气乏力,怠惰嗜睡,洒淅恶寒,痛泻如故。

脾胃虚弱,湿困太阴,兼肺卫气虚,拟升阳益胃汤,益气除湿驱风(取风能胜湿之意),处方:黄芪、党参、白术、姜半夏、陈皮、茯苓、白芍、防风、柴胡、羌活、砂仁、黄连、甘草,2付。

4诊(12月23日):病情仍无转机,舌苔厚腻,经反复查大便,除红、白细胞外,兼有霉菌。此乃寒湿遏困太阴,霉湿为患,以致脾阳不升,而成太阴寒湿腹泻之证。拟达原柴胡饮加味,每日大蒜10g烧至半熟食用。草果10g,槟榔12g,厚朴12g,知母12g,黄芩15g,白芍15g,柴胡12g,肉桂6g,紫苏15g,荜澄茄10g,干姜12g,甘草5g,3付。

取达原柴胡饮加干姜、肉桂,以温燥太阴独盛之寒,温而止痛泻;苏叶、荜澄茄、大蒜行气温中下二焦,并能抑制霉菌的繁殖,亦止痛泻。

5诊(12月27日):患者就诊时,喜形于色,云服上方1剂后即见效,3剂后痛泻大减,且精神顿觉兴奋。药已中病,原方再进3剂。

6诊(1月3日):症状完全控制,厚腻苔亦退,查大便已正常,拟温脾益气法,仿理中汤、四神丸、交泰丸合方加减,以巩固疗效。

析误:

本案前三诊,从辨证角度看,似乎是顺理成章的。但由于寒湿及霉湿困阻太阴之隐匿性,以致走了弯路,延误了治疗。从舌苔厚腻,大便查出霉菌后,才作出寒湿霉湿困阻太阴之辨证。改用温燥寒湿,抑制霉湿,辨证辨病治疗用药后,收到了良好之效果。

郑师还曾运用达原柴胡饮加紫苏、荜澄茄,治愈多例小儿霉菌性腹泻。他用紫苏、荜澄茄治疗霉菌性腹泻,是受民间制作泡菜经验的启示而得到的灵感。四川人爱吃泡菜。泡菜水生花(即霉菌繁殖)时,置入鲜紫苏叶或荜澄茄,很快白色霉菌消失。生大蒜可防治霉菌,当腹泻久愈时,大蒜生吃或烧半熟吃,均有止泻的作用。

(郑邦本　王光富)

王乐善　　治疗重症肌无力的经验

王乐善教授出身于中医世家，积六十余年临床经验，擅长诊治各种疑难病证，屡起沉疴，赢得患者赞誉，兹将先生治疗重症肌无力这一疑难病证的经验整理如下。

审病求因，阐发机理

重症肌无力开始主要表现为上眼睑下垂，有单眼或双眼发病，朝轻暮重，常伴有复视，重者表现为吞咽和咀嚼困难，构音不清，或全身无力，严重者影响呼吸肌，出现呼吸困难的危象。现代医学认为本病是一种神经肌肉接头间传递功能障碍的自身免疫性疾病，多采用抗胆碱酯酶类药物改善症状，但作用时间短。疗效不稳定，且易产生副作用。

先生认为中医对此病早有认识，据文献中有关记载与本病颇相符合。如《诸病源候论》睢目候谓："若血气虚则肤腠开而受风。风客于睑肤之间，所以其皮缓纵，垂复于目，则不能开，世呼为睢目。"又《诸病源候论》风亸曳候谓："亸曳者，肢体弛缓不收摄也。人以胃气养于肌肉经络也，胃若衰损，其气不实，经脉虚则肉懈惰，故风邪搏于筋，而使亸曳也。""亸曳"是形容筋肉懈惰无力，肢体驰缓不收而下垂的一种病状，"睢目"是指目睑下垂，仰而而视的症状。因此先生认为"睢目"与"风亸曳"即是现代医学所说的重症肌无力。以局部眼睑下垂为主症者称为"睢目"，全身症状明显者称为"风亸曳"。

先生认为：本病多与风湿之邪有关，因"风为百病之长"，特别是虚邪贼风，为害尤甚。"邪之所凑，其气必虚"。本病皆由人体正气虚弱，血气不足，复感风邪所致。风邪客于经脉，筋肉失养而出现眼睑下垂或全身肌肉无力的症状。

先生对此病的认识与常人不同之处是指出了外邪在本病发病中的重要因素。近二年来在门诊所治十余例此病患者，究其病史，有几例在发病前一段时间内有外感病史，使我们对此病的认识受到了启迪。

针药并举，补正祛邪

治病求本，是中医重要的治疗原则。先生治病，首先是根据不同临床表现、病史及舌脉象等，来探索其病因病机，抓住病变实质，而后确定治疗原则及方药。概本病主要病变实质为正气不足，气血虚弱，筋肉失养，懈惰无力。因此在治疗上重在培补后天。先生采用调补脾胃，补益中气为主。主要方剂是补中益气汤。通过调补脾胃，培补中气，增强运化水谷精微，全身气血充沛，输布五脏六腑，营养四肢百骸，筋肉得以濡养，即可以恢复正常的生理活动。

先生认为因本病有风邪致病的因素，故在补正的同时应辅以祛邪。因此在补气培土的基础上，原方加入防风、钩藤等驱风之品，与黄芪、白术等药配伍达到固护肺卫，并有驱散经络之风邪的作用。

先生治病，不但遣方用药灵活，且还善用针刺。他常说："针能治病，药也能治病，针药并用，效果

更佳。"治疗重症肌无力亦是针药并用，因而疗效更加明显。主要穴位选用"达治"穴，该穴为先生所独创，为经外奇穴，位于风池穴外上1.5公分处，可直刺达2寸，针感可沿足太阳经逆向传导。先生经过长期探索，认为该穴对调节周围运动神经的功能有较好的作用，又能达到祛风通络的目的。另外还根据症状选用其它穴位，如阳白、颈夹、通脉、足三里等穴。余跟师学习以来，亲见先生治疗本病患者数例，均收到较好疗效。

病案举例

例1：患者张某，女，38岁，干部。1991年4月24日就诊。自述右眼睑下垂一年，1991年4月症状加重，出现吞咽困难，说话时间长则舌体不灵，语言不清。经中国医大一院确诊为重症肌无力。查舌质淡红，苔薄白，脉沉细。治以补气祛风。处方：黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、党参、甘草、当归、防风、钩藤。水煎服，早晚各一次。针刺：达治、阳白，日一次，手法平补平泻。服药3剂，针刺4次后，右眼睑活动已耐久，吞咽无困难，舌体活动见灵活。继服上方6剂并针刺，至5月13日，不过二十天，已完全恢复正常。

例2：谷某某，男，60岁，干部。1991年8月6日就诊。自述90年6月发病，发病前曾患过感冒，之后出现双眼睑下垂，伴复视，继则舌咽及咀嚼困难，说话少气，全身无力。经沈阳军区总医院确诊为重症肌无力，并于90年9月做胸腺瘤手术，术后病情曾缓解三个月，随后又逐渐加重，其间曾发生过两次重症肌无力危象，均经抢救缓解。现症：双眼睑下垂，说话无力，痰多无力咯出，吞咽及咀嚼困难，上肢不能持物，走路需人搀扶。每天需服吡啶斯的明4片维持。查舌质淡红，苔薄白，脉沉缓。治以补气祛风，化痰消瘿。处方：黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、党参、甘草、当归、防风、钩藤、夏枯草、瓜蒌。水煎服，早晚各一次。针刺：达治、阳白、颈夹、通脉、足三里、外廉泉，日一次，手法平补平泻。经服上药9剂，针刺13次后，自觉诸症好转，眼睑上抬容易且耐久，全身力量增强，双手有力，可以端碗喝药，痰少易咯出。又继服6剂并针刺后，症状明显好转，咀嚼及吞咽正常。治疗过程中吡啶斯的明逐渐减量并完全停服。至9月2日，可以自己上6楼，无自觉不适感。以上法巩固疗效，连续治疗三个月，至今病情未再复发。

（王秀云　宋玉书）

康良石　　急黄“四及早”防治重型肝炎的经验

急性病毒性黄疸型肝炎，辨证属于湿热里证——阳黄者居多，极少数毒甚、热毒内陷出现重证者，中医习称急黄，或称瘟黄。此病预后较差。我们继承导师急黄“四及早”的经验，指导临床防治重型肝炎，收到满意的效果，兹介绍如下：

1、阳黄者，不论是但里不表或表里分传，应及早清里，驱邪有所出路，以减免重证急黄之发生。

按温疫传变方式，阳黄初发，多见但里不表与表里分传二证。但里不表者，除呈现黄疸外，伴有沉困无力，怠惰好卧，纳呆、呕恶，或厌油腻，小便黄赤如浓茶，舌偏红，苔黄腻或白厚腻，脉弦滑或滑数等湿热里证；表里分传者，多见于黄疸前期或黄疸期；既有湿热里证，又有恶风寒、发热；或头痛、身痛；或鼻塞、咽痛；或发风疹等表证。

对此，导师主张无论是但里不表，或表里分传，须及早清里，采用栀子根、蛇舌草、郁金、白毛藤、七寸金、蚤休、玉米须等，清导舍藏于肝胆、营血之疫邪，速从小便而去。有表证者，则清里兼解表，可合银翘散、桑菊饮、葱豉、辛苍之类，并取微汗驱在表之疫邪。

临床实践表明：急性病毒性黄疸型肝炎或黄疸前期，同样是伏邪里发，仍须清里为主，即使是表里分传者，亦须清里兼解表，及早清蕴积于肝之疫毒，使邪有出路，可以减轻肝受疫毒之伤害，防止热毒内陷而发生重型肝炎。

例如，患者吴某某，男，20 岁。病发二日，追溯去年家有肝炎患者密切接触史。望眼巩膜微黄，考虑急性黄应型肝炎黄疸前期，即行肝功能检查，辨证表里分传，治疗以清里兼解表为法，汤剂每日 2 付，分 4 次温服，取微汗，2 日表证解，里证更显，黄疸日益加深（黄疸指数升至 40 单位，肝功能中度损害），继用上述清热利湿之品续治，药后小便增多，诸症日益改善，观察一个月，黄疸退尽，症状消失，肝功能恢复正常，随访一年，病情稳定。

2、急黄初成，及早泻火解毒，凉血救阴，似可减免难、逆、危证之发生。

常见少数阳黄患者，于发病一旬之内或三周，黄疸迅速加深形成急黄，且极度疲惫困重，烦躁不宁，高热口渴，呕恶频繁，胁胀胁痛，不思饮食，小便短赤，大便干结，舌质红降，苔多黄燥，脉大或弦滑数等。

此乃湿热蕴结，上不得越，下不得泄，热极而毒甚，热毒内陷，其病势发展急骤，故称急黄，乃火势弥漫三焦，毒陷逼灼营阴，可引起癃闭、臌胀或蒙窍神昏等难、逆、危证。

对此，导师主张及早急投重剂之栀子根汤合黄连解毒汤化裁，即采用泻火解毒的黄连、黄芩，合清肝胃、泻三焦、利膀胱的栀子根、蛇舌草、郁金，共同通泄三焦之火毒；并依“泻火必须清心”加入万氏清心牛黄丸、龙胆草、蚤休直折肆逆于一身上下内外之肝火热毒，伍清热化瘀的败酱草、蒲公英、板蓝根更提高泻火解毒的效力；再用凉血养阴的水牛角、元参、白芍拯救受大毒逼灼之营。

实践表明：急性黄疸型肝炎，湿热里证，或热毒里证者，极少数同样可由毒甚、热毒内陷导致重型肝炎，其病势危重，病情多变，采取急黄理法防治重型肝炎，及早泻火解毒，凉血救阴，急降弥漫三焦的火势，速救受灼的营阴，不使“火热愈漫、毒陷愈深”，可以减免难逆危证之变生。

又如，患者郭某某，男，28岁。急性黄疸型肝炎、发热三天就诊，热毒里证悉具，伴心烦不寐，舌质红，苔黄厚腻，脉弦滑数(肝脾未扪及)。化验：黄疸指数32单位，肝功能重度损害，GPT200活力单位(赖氏改良法)，白/球蛋白比值1：1，总胆固醇120mg/dL。诊为热毒里证，予清热解毒治疗5天，黄疸日深，黄疸指数升至84单位，谷丙酶下降至130单位，白/球蛋白比值倒置，肝浊音界缩小，热毒内陷之脉证日益明显，按重型肝炎，辨证热毒内陷，急投重剂栀子根汤合黄连解毒汤化裁，每日二付，并辅用输液支持疗法，以保阴津。治疗二周，热毒内陷诸证及化验室数据均见改善，原方减败酱草、板蓝根，加七寸金、金石解，每日一剂，再观察治疗一个月，其证大有改善，但右胁尚痛，上方减龙胆草、水牛角、元参，加黄精、砂仁、菜豆壳，治至三个月，症状大部分消失，黄疸明显消退，化验：黄疸指数回降至12单位，谷丙酶正常，肝功尚轻度损害，白/球蛋白比值1.3：1，总胆固醇升至170mg/dl。改用甘平扶养肝脾调理，随访一年，症无特殊，肝功能正常，参加日常工作。

3、急黄者，神志轻度异常，须及早开窍醒神，乃是防止神昏危证变生的关键。

急黄者，若火热愈漫，毒陷愈深，陷入心包可变生神昏危证。临床往往由轻到重出现神志异常，例如出现痛苦表情，时有谵妄、躁动等情绪的改变；或无表情及无意识小动作等行为的反常；或目光晦暗、嗜睡等等，迅则转为神昏。

对此，导师主张，当轻度神志异常时，及早应用泄热凉血、泻火辟秽、开闭豁痰、通窍醒神的安宫牛黄丸，配清心解毒、养阴生津的清宫汤，再加菖蒲、郁金以助芳香开窍，又入栀子根、绵茵陈共同通泄三焦火毒。这不仅要早用，还要重用、持续应用，方可收到预期的效果。

实践表明：不少重型肝炎，极易导致肝性脑病出现昏迷，临证细察，确有轻度神志异常的先兆，若抓住时机，及早应用清心解毒，醒神开窍之剂，乃是既防且治神昏危证变生的关键，不必等到神志不清、不醒人事时才处治。

如患者蔡某某，男，28岁，主诉发热身黄一周，黄疸迅速加深，上述热毒内陷脉证悉具(肝脏进行性缩小)，伴有嗜睡，目光晦暗，表情淡漠等；化验：黄疸指数88单位，谷丙酶200活力单位，白/球蛋白比值倒置，总胆固醇降至90mg/dl，肝动能重度损害。诊为急性重型肝炎。遂给予安宫牛黄丸，每次一粒，每日二次；加味清宫汤加竹茹、半夏，每日2剂，分4次凉服；大便干结、用大黄粉30克，每日一次，调开水保留灌肠；并辅用输液支持疗法以保阴津。治疗3天，体温下降，病情未再恶化，而出现鼻衄，每日2次，除外鼻按压止血外，上方再加茅根、生地，药后衄止，嗜睡改善，目光较明，诸状日益减轻，黄疸日退，续守原法治疗47天，症状消失，舌苔转淡黄薄白，脉转弦缓。化验复查：黄疸指数降至10单位，白/球蛋白比值1.2：1，总胆固醇回升至138mg/dl，肝功能基本正常，改用甘平扶养肝脾调理。

4、急黄者，出现腹胀、尿少时，则要及早化瘀逐水，亦是防治急黄转成臌胀的要领。

急黄者，由于火毒鸱张，燔肝、盘脾、距肾，消铄肝血、脾阴、肾精，搏血成瘀，痹阻气门，瘀热壅裹络道，瘀塞不通，清浊相混，而形成臌胀，简称疸胀。

导师观察此证患者，往往在初步形成过程中，有脘腹胀满，小便短少的先兆。主张要在先兆初出现时，及早在泻火解毒的基础上，采用化瘀逐水汤，药取散瘀利水的地枇杷、琥珀粉与祛瘀行气之郁金、散瘀止血之三七粉为伍；配清热解毒利水的半边莲、猫须草、玉米须、苡米；辅葶苈子、桑白皮通调水道；佐腹皮、苓皮、猪苓、泽泻理气渗湿行水。

实践说明：腹水形成也是重型肝炎难逆危证之一，临证注意重型肝炎患者的腹胀、尿短先兆，及早应用化瘀逐水配合泻火解毒，也是防治重型肝炎胜利水形成的要领。

例如患者陈某某，男，26岁，急性黄疸型肝炎发热持续一周不退，黄疸迅速加深，而热毒内陷之证悉具，伴有脘腹胀满，小便短少，且鼻血、齿血。化验总胆红质由3.5升至5.2mg/dl，谷丙酶从200

降至170活力单位，白/球蛋白比值1.1：1，总胆固醇降至110mg/dl，凝血酶元时间36秒(对照12秒)，肝功能中度损害，考虑急性重型肝炎、腹水先兆，处以化瘀逐水汤，每日2剂，安宫牛黄丸，每日2粒，紫珠草代茶及研末外用，并辅输液支持疗法以保阴津。治后5天，黄疸续深，腹胀日重。B超：腹水暗区2.2厘米，平卧5.1厘米，总胆固醇降至90mg/dl。仍守原法，再治4周，黄疸才明显减退，臌胀逐渐回消，热毒内陷证亦随之改善。再化验复查：总胆红质降至2.2mg/dl，谷丙酶恢复正常，白/球蛋白比值1.8：1，总胆固醇升至200mg/dl。继持原法观察治疗90天，腹水消除，黄疸退尽，诸症基本消失。肝功能基本正常，总胆红质1.5mg/dl，B超未见腹水，出院门诊调治。

(康俊杰　康素琼)

王文彦　　小柴胡汤的妙用

王文彦老师擅用经方治病，尤其对小柴胡汤颇有研究，其运用灵活，变化无穷，每用必效，堪称一绝。现整理介绍如下：

对小柴胡汤的评价

小柴胡汤由七味药组成，其中柴胡为君药。其味苦，是专治心腹胃肠中结气，饮食积聚，寒热邪气，推陈除新，行滞舒气解热的良药。黄芩苦，苦泻肺火，治诸热黄疸、头痛目赤。二药伍用解郁化滞清热除烦。半夏、生姜乃辛温之品，和胃降逆止呕、可降可散。人参、大枣、甘草，为甘温之品，扶正驱邪，并防寒凉伤及脾胃，先行实脾而固本。本方寒热并用，攻补兼施，既能疏利少阳气机，又能调合上下升降，既可疏通内外，又可运行气血，虽言清热祛邪，但并不用汗、下、吐之法，因而称为和解之剂。本方加寒药治热病；加热药治寒疾；加理气药而开郁；加宣通之药而畅三焦。贯人体之上下，升清降浊、疏通内外、运行气血、宣上导下。该方是一张不寒不热、应变加减的良方。

小柴胡汤的应用

吾师教训："医者既要知方，亦要知药，否则非医也。仲景论小柴胡汤的用法，不为不详，但执之治病，则不能其用也。盖疾病万变，稍有出入，则原方非宜。而善用方者，随其症变而变。宜加减者，则加减之，增损适宜应用颇广；宜合方者，则合方之，乃变化无穷广而用之。"吾师认证准、选药精、用量足、疗效佳，列举如下：

口苦、咽干、目眩是少阳病三个主证，而小柴胡汤有四个典型主证，往来寒热、胸胁苦满、默默不欲饮食，心烦喜呕，两者结合，便是小柴胡汤证，下面是小柴胡汤变证，随证加减而治之。

1、上焦病

(1)凡急性热病，其热持续不退(如肺炎、扁桃体炎、腮腺炎等)，并伴随小柴胡汤证者，宜用小柴胡汤加生石膏 30g，重症可加 50g。

(2)本方加陈皮 20—25g，治小柴胡汤证兼呕逆或干咳，小儿百日咳可重用大枣剂量至 15g。

(3)本方加葛根 15g，桂枝 10g，白芍 10g，杏仁 10g，治重症感冒或宿有喘疾，因外感诱发者，服此方有显效。

(4)本方加葶苈子 15g，杏仁 10g，泽漆 15g，丹皮 10g，治胸膜炎有显效。

2、中焦病

(1)小柴胡汤加平胃散治疗胃肠型感冒。素日肝胃不和，湿热盛者，外感后，不欲饮食、恶心呕吐，腹胀腹泄或便秘，往来寒热等证，用药后甚佳。

(2)本方加温胆汤治疗胆汁反流性胃炎，病重者，增加黄芩、竹茹剂量。

(3)本方加连翘 10，荷叶 10g，香附 15g，川楝子 10g，治疗慢性胆囊炎，痛甚者加延胡索。

(4)本方与茵陈蒿汤及五苓散合用，治疗急性黄疸性肝炎。若无黄疸，用小柴胡汤加郁金 15g，

香附10g，白芍15g。血虚性慢性肝炎，证见口苦、胸满、食少纳呆、呕吐心烦，胁下痞硬、腹痛喜按者，用小柴胡汤加当归芍药汤治疗。血瘀型慢性肝炎，证见口苦心烦、胸腹满痛拒按、两胁刺痛，用小柴胡汤加香附15g，郁金20g，丹参20g，灵脂15g。腹胀加厚朴15g，川楝子15g，荔核20g。余者随证加减。慢性迁延型肝炎，以小柴胡汤加郁金20g，赤芍15g，丹参15g，首乌20g，枸杞15g，治以活血化瘀，滋补肝肾。治疗乙型肝炎用小柴胡汤去黄芩，加泽兰叶15g，功劳叶15g，蔓实子10g，丹参15g，坤草20g，以利湿、解毒、化瘀而治之。二年来治疗急慢性肝炎188例(其中乙肝82例)，治愈98例，占52%；显效82例，占45%，总有效率为97%，乙肝表抗转阴64例，转阴率为78%。

吾师王文彦在治疗急性黄疸型肝炎时，除按传统清热利湿外，还提出"治黄必活血，血行黄易行，治黄须解毒，毒解黄易除"等原则用以治疗急性黄疸型肝炎，疗效颇佳。

小柴胡汤加连翘15g，郁金20g，香附15g，延胡索15g，治疗慢性胰腺炎。胸闷加佩兰15g，瓜蒌20g，湿热胜重用玄参20g，茵陈30g。

3、下焦病

(1)小柴胡汤加滑石30g，瞿麦20g，官桂10g，治疗急、慢性尿路感染及膀胱炎。某位女性患者，半小时之内须去厕所三次小便，尿频、尿急、尿道灼热等膀胱刺激症状，经服上药六剂告愈。

(2)小柴胡汤加生桑白皮15g，杏仁10g，葶苈子15g，茯苓15g，治疗慢性肾炎因外感而急性发作：证见发热39℃三月不降，全身浮肿、少尿、600ml/日、有少量腹水、咳嗽、舌苔黄、脉弦数，用上方二剂，体温恢复正常，尿量增多，1500ml－2000ml/日，浮肿及腹水明显减退，服六剂痊愈。

(3)小柴胡汤加当归20g，白芍20g，山甲20，蜈蚣3条，治疗中壮年(肝郁及肝胆湿热型)阳萎，疗效显著。

4、其他病

小柴胡汤加木通10g，草薢20g，秦艽15g，豨莶草30g，治疗热痹，疗效卓著。一女性患者，26岁，产后发烧一个月，体温38℃－39℃，双手指、足趾肿大，闷热，踝膝关节肿大，不能行走，用青霉素及大活络丹治疗一个月无效。经用上方五剂体温正常、尿量增多、红肿关节消退，扪之热减。二诊时患者已能行走，诸症俱轻，按上方去黄芩、木通减半，加桑枝15g、当归15g、灵仙10g，六剂告愈。

体　会

小柴胡汤是为和解少阳而设。少阳者，三焦也，其宣通五脏、洒陈于六腑，主一身气血之运行。《灵枢·营卫生会篇》云："上焦如雾、中焦如沤、下焦如渎。"《难经·六十六难》云："三焦者，元气之别使也，主通行之气，经历于五脏六腑。宗者，三焦之尊号也……五脏六腑有病，皆取于宗也。"综观古训，少阴俱有疏理气机，升清降浊，运行气血，以营脏腑之功。三焦一旦受邪，其气被遏，气机不利，在上焦发热之心烦，喘急而咳；在中焦，肝胆气机不畅，湿邪郁结化热，形成黄疸，浊邪不得排除，而影响脾胃升降功能，使中焦不运而沤，胃气失和，不欲饮食及胁肋胀满；病在下焦，膀胱湿热，气化不行，而小便不利等症。

小柴胡汤药性和合，不燥不烈，以利和解，疗效确切，应用范围广泛。吾师用小柴胡汤加木通治热痹，一不发散，二不祛风，三不活血，其病能愈。是因通过小柴胡汤疏利三焦，启决渎之权，使留滞关节之湿热，从小便排出。邪去而正气复乃愈。小柴胡汤加当归、白芍治中壮年人之阴萎，一不补肾、二不填髓、三不助阳，何以能愈？关键在求肝。因肝经绕阴器肝主筋。宗筋弛缓而不用，在于养血，疏肝，肝气条达，宗筋得用，阳萎自愈。

所以少阳为枢机，通则万病不生，郁而诸病生焉。临床见证颇多，变化各异，只要医家识别病情，抓准时机，随证加减，无不应验。吾师运用小柴胡汤变化之广，疗效之神奇，无不在于此。(范丽娟)

梁剑波　治疗中风后遗症方药特点

梁氏根据中医理论，认为中风后遗症的病位虽在脑，但从脏腑辨证来说，与肝、肾、心脾有关，从病理因素方面与虚、风、痰、火四者关系最为密切。尽管中风后遗症病程较长，迁延缠绵，辨证必须抓住“虚、风、痰、火”四字，遣方用药，方能有的放矢，取得疗效。

治半身不遂，宜养血祛风通络，临床上常用大秦艽汤加参芪。方为：秦艽、羌独活、防风、川芎、白芷、细辛、黄芩、生熟地、生石膏、当归、白芍、茯苓、白术、炙草、党参、北芪，梁氏以前人的经验加入自己个人的体会如引述《心悟》：“偏左佐以四物，偏右佐以四君，左右俱病以八珍并虎骨胶丸。”陈修园氏认为：“风中血脉，偏左宜六君。盖左虽主血而非气以统之则不流；偏右宜四物，盖右虽主气而非血以丽之则易散。二方俱加姜汁、竹沥以行经络之痰；再加僵蚕、天麻、钩藤、羚羊以熄风活络；或加附子以固阴，玉桂以通阳，北芪以胜风。”陈氏的见解和《心悟》似有不同，其实益气养血，祛风通络是治疗半身不遂的大法。大秦艽汤这一处方的配伍，兼具有上述两家的治疗原则。梁氏还认为中风后遗症的偏瘫，四肢不举或不收，皆属脾胃虚损之病。因脾胃居中焦，乃后天之本，气血生化之源，气机升降之枢，脾胃健运则饮食水谷能化生精微，洒陈于六腑气至，和调于五脏血生，内而五脏六腑，奇恒之府，外而四肢百骸，肌肉皮毛筋脉，皆得其养，形体始壮，神气乃昌，然或先天禀赋不足，或饮食饥饱失节，或形体劳倦内伤，或疾病失治误治，或病后失于调养，均可导致脾虚，甚则由虚至损。前人谓：“凡中风肢体缓纵不收者，皆属阳明气虚，用人参为首，附子、炙草、北芪为佐，如短缩牵挛则以逐邪为主，仍与秦艽升麻汤。”《素问·痿论》云：阳明虚则宗筋纵，带脉不引，而足痿不用。既然脾胃虚损是偏瘫的主要矛盾，根据《内经》“虚则补之”，“损者益之”，“劳者温之”之旨，脾胃虚损，当以补脾益气为治。梁氏在长期的临床实践中体会到，用大秦艽汤治疗偏瘫是较为理想的方剂。但该方健脾补气之效果不明显，而加入参芪，益气健脾之力倍增。党参补中益气。《本草正义》谓：“力能补脾养胃，润肺生津，健运中气，本与人参不甚相远。尤其可贵者，则健脾运而不燥，滋胃阴而不湿，润肺而不犯寒凉，养血而不偏滋腻，鼓舞清阳，振动中气，而无刚燥之弊。”黄芪亦作黄耆，李时珍曰：“耆，长也，黄耆色黄，为补药之长，故名。本经列为上品。主补丈夫虚损，五劳羸瘦。”张元素谓黄芪甘温纯阳，补诸虚不足，益元气，壮脾胃。对中风后遗症的偏瘫，四肢不举或不收，以此方治疗，效果甚佳。梁氏吸取前人经验，融合自己的临床体会，倡重用补脾益气之理论治疗中风后遗症的偏瘫，极具个人特色。至于风湿搏结于经脉之间，凝滞不散，致筋脉挛急，半身不遂，足痿无力，梁氏常用舒筋保肝散治疗。方为：北芪、归身、灵仙、木瓜、牛七、天麻、防风、僵蚕、松节、五灵脂、川萆薢、川断、台乌、白芍、虎骨。如半身不遂兼血压增高，头晕痛，梁老常用大秦艽汤合羚角钩藤汤治疗，常常收到满意的疗效。

治口眼㖞斜，梁氏认为宜祛风通络，临床除选用乌药顺气散或牵正散加味外，善用外治法。桂枝60g，酒适量煎成浓液，以布渍药汁乘热敷患处，㖞右敷左，㖞左敷右，效果很好。《医学必读·中风》：口眼㖞斜，……先烧皂角熏之，以逐外邪，次烧木香熏之，以顺血脉。酒煎桂枝，取汁一碗，软布浸收，左㖞拓右，右㖞拓左。梁老之所以喜用桂枝外敷，因为桂枝有和营、通阳利水、下气、行瘀、补中

六大功效，桂枝中所含的桂皮醛和桂皮油有扩张皮肤血管，解痉，镇痛作用。故此，口眼㖞斜的患者，往往内服中药合外治法，效果比较明显。《医家四要·中风因有两端治分四中》："中络者，口眼㖞斜，肌肤不仁，宜用乌药顺气散，乌药、白芷、川芎、麻黄、姜炭、桔红、枳壳、桔梗、僵蚕、炙草、姜、葱。"《医方考·中风门》："中风，口眼㖞斜，无他证者，此方(牵正散)主之。"梁氏之所以选用乌药顺气散，乃方中的乌药通调逆气，麻黄、桔梗肺家之药，发汗而祛寒，川芎、白芷头面之药，散风而活血。气逆就会生痰，所以用桔红、枳壳理气祛痰，僵蚕散结化痰而消风，炮干姜温经通阳，甘草和中泻火，再加姜枣调和营卫。因此本方不仅能调顺逆气，并且有消风化痰的作用，所以能治中气。喻嘉言曰："中风证多挟中气。"故此，梁老常用此方治疗中风后遗症之口眼㖞斜，效果很好。牵正散乃方中的附子辛散，善治头面之风，僵蚕化痰，能驱络中之风，全蝎又为定风止掣之要药，三者合用，力专效著，对阳明内蓄痰浊，太阴外中于风，致使阴阳偏颇，经隧不利，而为口眼㖞斜，口目瞤动等证。本方有祛风化痰，直达病所之功效。

治疗口噤语蹇，梁氏认为宜通窍豁痰息风。临床上除常用秦艽升麻汤外，惯用《心悟》的解语丹。处方为：白附子、石菖蒲、远志、天麻、全蝎、姜活、南星、木香、甘草(本方与神仙解语丹组方相同，只多一味甘草)。《医学心语·中风门》有"不语……，若因痰迷心窍，当清心火，牛黄丸，神仙解语丹，若因风痰聚于脾经，当导痰涎，二陈汤加竹沥，姜汁，并用解语丹；若因肾经虚火上升，当壮水之主，六味汤加远志，石菖蒲；若因肾经虚寒厥逆，当益火之源，刘河间地黄饮子，或用虎骨胶丸加鹿茸。"中风后遗症之口噤语蹇，亦有学者称之为风喑。风喑属心、脾、肾三经虚乏。因"心脉系舌本，脾脉连舌本，肾脉挟舌本。"三经脉虚而舌为心苗，舌不能转，所以成喑，三脉无血以濡养，则舌失血荣，亦喑。故此梁氏用《心悟》的解语丹，通窍豁痰息风为治，常常收到满意疗效。至于口噤语蹇，脉浮缓，舌苔滑润，多因风痰上阻，经络与营卫失和。此时用秦艽升麻汤治疗，效果较好。

总之，养血祛风通络，是治疗中风后遗症用药的重点，开窍豁痰息风又是不可缺少的一环。梁氏根据多年的临床实践，探索出"中风后遗症要益气养血，健脾补肾，通窍豁痰"的学术思想，以此指导中风后遗症的临床选方用药，实为梁氏老治疗中风后遗症的宝贵经验之处，试举验案一则如下：

患者卢××，男，53岁，1991年1月21日初诊。

右则肢体偏瘫，语言不清，头痛，血压偏高2月余，伴口干不欲饮，舌质嫩胖，苔腻浊，脉弦。证属脉络空虚，风邪入中，痰湿内停，治宜养血驱风通络，息风开窍豁痰。处方：正羚羊骨15g，钩藤15g，天麻10g，防风10g，当归10g，丹参15g，熟地15g，秦艽10g，白芍15g，生石膏30g，羌独活各10g，川芎5g，云苓10g，白术15g，炙草10g，细辛5g，黄芩10g，白芷10g，石菖蒲10g，竹黄15g。

12月15日三诊，服前药25剂后，血压正常，头痛减轻，语言渐清，惟肢体仍不利。治守原意，前方减去石菖蒲，加党参15g，北芪20g，小海马1只。另：中风回春丸，每次服十八粒，一日三次。

12月26日五诊，诸恙好转，语言流利，能下床走动，治循原法，原方去竹黄加杜仲15g，又以花旗参15g，丹参15g，田七5g，杜仲15g，隔日炖服作善后调理。

(周瑞玲)

梁乃津　治疗溃疡性结肠炎经验总结

释病机，大肠之病，肝脾（肾）相关。

溃疡性结肠炎是一种非特异性炎症性肠病。主要表现为腹泻、便血、腹痛等肠道症状。此属于中医"泄泻"、"下痢"、"腹痛"等病证，若急症重症则为中医的"肠风下血"、"肠澼脏毒"。梁氏通过几十年对本病的潜心观察，认为病虽发于大肠，但与肝、脾、肾三脏关系密切。病因病机不外素体脾虚，运化无力；或饮食劳累，损伤脾胃；或感受湿邪，脾胃壅滞；或情志伤肝，木郁土壅等等。这些因素均可致脾失健运，湿聚大肠，大肠气血阻滞，传导失司而致泄痢腹痛诸症。若肠液凝滞，与肠中秽浊之物相结，则粪带粘胶；若湿郁化热，湿热与气血相搏则化为脓血。若失治误治，则产生各种急重变证：或热毒壅盛，化火伤络，致便血鲜红量多；或热毒深陷，内闭外脱，致神昏身热肢冷；或营血耗损，气阴大伤，致面色苍白，汗出肢冷，脉微欲绝；或迁延不愈，热灼阴液，阴津耗损，致口干烦热，失眠盗汗；或湿伤阳气，脾气下陷，脾肾阳虚，致脱肛下坠，滑脱不禁。

上述病机分析表明，溃疡性结肠炎之病机为大肠湿滞或湿郁化热，气血郁滞，传导失司。病变进一步发展则影响气血阴阳发生变证。不论其发病之成因抑或其病情演变，均与肝脾肾三脏相关。

论证治，辨病分期，重视辨证。

溃疡性结肠炎起病有缓有急，病情轻重不一。其表现可为活动期与静止期交替，也可为慢性持续期。所以梁氏认为对溃疡性结肠炎的治疗，必须既辨证又辨病，在辨病分期的基础上再进一步辨证，通过辨证—辨病—辨证的不断深化过程，以提高疗效。

1. 病变活动期，祛邪为主以治标。

病变活动期就诊的病人多诉为腹痛泄痢，粪带粘液，每次量少，便后不爽，里急后重，常伴胸胁胀痛，脘痞纳呆。视其舌质淡红，苔略腻，脉弦或滑。此症属气滞湿阻，治当疏肝行气，祛湿导滞。常用四逆散合痛泻要方加减治疗。用柴胡、白芍疏敛并用，调肝理气，枳壳助柴胡舒肝解郁，又解中焦壅滞。白术、藿香、防风健脾醒脾燥湿，延胡、郁金、佛手、木香行气活血。若肛门灼热，舌红苔黄，此属湿热内蕴，治当清热祛湿，加用川连、黄柏、秦皮等。若粪带脓血，此为热伤肠络，治宜兼以凉血止血，加地榆、槐花，并加重清热之品，用败酱草、救必应、银花等。以上乃治活动期之常而非其变。对其变症，梁氏也有丰富之经验。如对热盛化火，损伤肠络，致纯排鲜红量多便血者，常用犀角地黄汤合槐花煎加减以泻火凉血止血，对热毒深陷，内闭外脱，致身热肢冷，神昏烦躁者，常用清瘟败毒饮加减；对重病失治，营血耗伤，气随血脱，气阴大伤，致面色㿠白，神疲乏力，汗多肢冷者，常用生脉散合参附汤以益气养阴，回阳固脱；对热病之后，消烁阴液，阴血亏虚，虚热内生，致低热盗汗，五心烦热，神疲乏力，口燥唇干，头晕目眩，大便干结并带少量血丝者，常有六味地黄汤、增液汤合黄连阿胶汤加减。

因本病在大肠，大肠乃六腑之一，以通为顺，不利于藏。且本病表现多为大便频数，中带粘垢或

脓血，每次量少，便后不爽。此乃湿性粘滞，留于肠内，有碍气机，气滞不畅，久则血行受阻成瘀。故治疗宜祛湿导滞，行气活血，疏通肠道。正所谓："通则肠道湿滞自去，气血流通，传化功能得以恢复。"所以，梁氏认为：对活动期泄痢不爽，舌苔厚腻，或浊者可酌情使用通腑泻下法，配合选用大黄以荡涤积滞湿热，可起神奇之效。对于收敛固涩之剂，梁老认为非到病及脾肾之阳气，出现滑脱不禁之时，勿盲投之。因为此法只求效于一时，用不对症则致滞助湿兴趣，有碍气血流畅，犹如截邪去路，后患无穷，正所谓前人所说"痢无止法"。

2、病变静止期，扶正为主以求本。

溃疡性结肠炎静止期，肠道症状并不明显，这并不表明病愈。此时治疗着眼点在于治病求因，以求根治。要根据病人全身状况、舌脉等进行辨证，辨其肝、脾、肾三脏及气血阴阳的虚实盛衰，从而施用相应的治法方药，在最大程度上减少或消除病变的复发。梁氏在长期的临床实践中体会到，本病患者多为肝气郁结，或脾气虚弱，或脾肾阳虚。因肝属木，脾属土，土性敦实，必得肝木之条达之性及其疏泄，脾土才能健运。若肝气郁结，土失木疏，脾失健运，湿邪内生，聚于大肠而发病。正如《血证论》说："设肝之清阳不升，则不能疏泄水谷，濡泄中满之症，在所不免。"因此，疏肝理气法在治疗中有重要作用。但脾主运化的功能更受脾本脏的虚损所影响。脾脏本身的异常是致病的直接因素。脾气虚弱或脾阳不足更易致脾失健运，湿邪内生而致病。故健脾温脾非常重要。肾为元阳之所在，肾阳不足，脾失温煦，同样可致脾失健运。故对脾肾阳气不足者，应采用温补脾肾之法。气得阳助则运化正常，阳光一照则阴霾自消。对虚寒者在静止期用温运化湿，升清降浊之剂可善其后，防复发。梁氏对缓解期病人常采用疏肝理气与健脾益气，或健脾益气与温补脾肾同用，前者方用四逆散合资生丸、补中益气汤、参苓白术散加减，后者方用四君子汤合四神丸加减。这是因为不少病人的在缓解期兼有肝郁与脾虚症候，或脾虚与肾虚症候。

3、慢性持续期，扶正祛邪顾标本

长期经常复发的溃疡性结肠炎可因病变范围增大而致症状迁延不愈，腹泻、粘液便、脓血便等肠症状持续半年以上，且常伴有体重及体力下降，营养不良，低蛋白血症，贫血等。梁氏认为，此型患者病情缠绵，往往因长期泻泄下痢，水谷精微生化乏源，阴阳气血损伤。即使在肠道症状明显时，亦非纯实、纯热之证，而是虚实并见，寒热错杂。故在治疗时应扶正祛邪，权衡标本缓急。在本虚为主时，应着重扶正固本，阳气虚者宜温宜补，阴血虚者宜滋宜养。然而，脾肾阳虚，健运失职者往往有湿浊内生，郁而化热，或湿热蕴结，化火伤络；阴血不足，阴不敛阳者往往有虚火内生，同样损伤肠络。故对便血者应视为邪热为主，治当治标泻实，先清热祛湿，或泻火凉血止血。待标实有所缓和，则标本同治。否则，纯以清解则伤正气，单以补养则助湿热。惟以标本兼顾，才能扶正而不留邪，祛邪而不伤正。故梁氏往往采用寒热并用，润燥并举，消补同施等法，以温、润、补法治其本，以清、燥、消法治其标。他治疗这类病人常用药性相反的中药配伍，方用既有黄芪、党参、甚或附片、干姜等辛温之药，又有黄柏、秦皮、黄连等苦寒之品，临床用之颇为奏效，患者服药后精神体力好转，肠道症状减轻，甚为满意。这很可能是有害方面相互抵消，有利方面相互助长，是一种有效调动药性药用的配伍形式。但梁老强调在具体运用时还要根据总体辨证对组方寒热属性有所侧重。

遣方药。常予"金佛"，善用"双黄"。

梁氏认为，溃疡性结肠炎不论在活动期，还是在静止期，均有大肠气机不畅，气血阻滞之病机存在。行气活血为通用之法，气血流畅则肠道传导正常，腹痛泄痢自除。他常用自拟经验方《金佛止痛丸》，方由郁金、佛手、延胡、田七、白芍等组成。方中郁金、延胡善入肝经，疏解肝气，行气活血；佛手亦入肝经，理气消滞；田七祛瘀生新。因气滞常因肝郁，肝体阴用阳，肝藏血以气为用。故行气活

血勿忘养肝柔肝，肝体得充则肝用自常，气血流畅，故重用白芍，既可柔肝止痛，又可防止行气药之辛燥。诸药配伍，刚柔相济，共奏行气活血止痛之功效。从中可见梁氏从肝、从气、从血论治溃疡性结肠炎之用意。该方经中药药理学实验研究，表明其具有调整胃肠道运动功能，改善胃肠道血液循环，从而起到既对症又部分对因的作用。

从临床上可看到，病人就诊时多有泄痢症状。梁氏认为，其泄痢之因除了大肠湿滞郁而化热之外，还常有感受湿热之邪而发病。对泄痢明显尤舌苔厚腻者，他主张适当选用清热祛湿药。他最常用黄连、黄柏。黄连苦寒性燥，可入大肠经，清热燥湿，尤长于清肠之湿热，治泻痢腹痛。正如《本草正义》所说："黄连大苦大寒，苦燥湿，寒胜热，能泄降一切有余之湿火……，胆胃大小肠之火，无不治之。"黄连与木香相配，是有名的"香连丸"，清热止痢除腹痛力专。黄柏苦寒沉降，亦入大肠经，长于清下焦湿热，治湿热之泻痢。《本草经》言："黄柏主五脏肠胃中结热，肠痔，止泄痢。"这两味清热燥湿药经药理学实验，证明有调整机体免疫功能状态、灭菌消炎等作用。的确不失为治疗溃疡性结肠炎活动期的要药。

施外治，保留灌肠，腹部敷药。

国内溃疡性结肠炎患者的病变部位多于远端结肠。梁氏根据这一特点，极力推崇用中药保留灌肠，这可使药物直达病所。他常说，此法廉便安全，易于推广，在病变活动期用之，奏效迅速，很受欢迎。保留灌肠除了对病变局部直接作用外，还可通过大肠的吸收，避免口服时被消化酶破坏药性，从而更好地发挥作用。梁老常用的中药保留灌肠方由黄连、黄柏、秦皮、地榆、槐花、田七末等组成，煎液浓缩后用于活动期，疗效甚佳。

对于腹痛者，梁氏主张配合在病变相应的腹体表局部外敷中药，他常用如意金黄散加云南白药、冰片、延胡索、田七末等，用鸡蛋清调敷。他认为：外敷法亦能使药力直达病所发挥作用，使药性通过皮毛腠理由表入里，循经络传至脏腑，以调节脏腑的气血阴阳，从而治愈疾病。

（黄穗平　罗振华）

萧佐桃

扶命培土汤治疗原发性血小板减少性紫癜64例临床观察

原发性血小板减少性紫癜的治疗，是目前中西医临床中较为棘手的问题，萧佐桃教授对本病的医治积累了丰富的经验，采用“扶命培土汤”治疗原发性血小板减少性紫癜64例，疗效较满意。

临床资料

诊断标准　按1983年全国中医内科学会“原发性血小板减少性紫癜诊断标准”。

64例中，年龄最小3岁，最大者62岁，15岁以下6例，15－45岁51例，45岁以上者7例，其中男23例，女41例；病程最长者16年，最短者5天；属急性型者6例，全部是儿童、青少年，慢性型58例，曾接受激素（强的松，地塞米松等）治疗者21例；血小板计数最高者85×10⁹/L，最低者6×10⁹/L，出血程度属Ⅲ－Ⅳ级14例，属Ⅱ级者33例，属Ⅰ级者17例，病例来源于本院专病门诊。

实验检查

血小板计数，全部病例均在85×10⁹/L以下，其中50－85×10⁹/L18例，20－50×10⁹/L29例，20×10⁹/L以下者17例。

骨髓象：64例患者全部经1次或数次骨髓检查，诊断为“原发性血小板减少性紫癜”。

治疗方法

均采用“扶命培土汤”治疗。“扶命培土汤”是由上肉桂、熟附子、西党参、北黄芪、淮山药、淫羊藿、巴戟天、枸杞子、菟丝子、淡大云、蒸黄精、制锁阳组成。每日一剂，水煎，分二次温服，先予7剂，服后相安，连续服用。服至血小板100×10⁹/L以上，再继续服用1个月以巩固疗效。属肾阳虚或气虚者单用此药。属阴虚火旺者酌用滋阴清热之品，如麦冬、生地、玄参、焦栀、茜草、茅根，大便溏稀去淡大云，急性期加用水牛角腮。治疗期间停用其它药物，已用激素者嘱其逐渐撤除。

治疗时间最长半年，最短半月，一般在3个月左右。

疗效分析

根据第二次全国血液病学术会议制定的疗效判断标准。

显效17例，良效21例，进步20例，无效6例，总有效率90.6%，显效率26.6%。治疗前后出血程度及血小板计数的比较见表1，表2，二者均示有显著差异（$P<0.001$）。

表1　治疗前后出血程度比较

人数	出血程度 Ⅲ－Ⅳ	Ⅱ	Ⅰ
治疗前	14	33	17
治疗后	2	18	44

表 2　　治疗前后血小板计数的比较

人　数	血　小　板　计　数			
分　级	<20×10⁹/L	20—50×10⁹/L	50—85×10⁹/L	100×10⁹/L
治疗前	17	29	18	0
治疗后	5	10	12	37

典型病例

陈某，女，28 岁，已婚，湖南省地矿医院护士，1991 年 8 月 16 初诊。因牙龈出血，双下肢出现紫癜，月经量增多 2 年余，在省级某医院骨髓象检查诊断为原发性血小板减少性紫癜，曾服鲨肝醇，利血生，归脾丸半年余罔效，刻诊牙龈出血，色红量中等，面色㿠白，精神萎靡，疲倦乏力，头昏心悸，腰脊酸痛，月经量多，纳差，大便溏稀，舌质淡红，苔薄白，脉细无力，双臂可见散在紫癜，双大腿可见大小不等的瘀斑数块。查血红蛋白 10.5g/dl，白细胞 5.6×10^9/L，嗜中性 65%，淋巴 35%，血小板计数 23×10^9/L。证属脾肾两虚，气不摄血。拟温肾健脾，益气补血。处方：制附片 5g，上肉桂 2g，菟丝子 12g，枸杞子 12g，炒白术 10g，制锁阳 10g，淡大云 10g，淫羊藿 15g，北黄芪 15g，西党参 15g，蒸黄精 15g，14 剂。

二诊：牙龈出血已止，四肢紫癜减少，食欲增进，复查血小板计数 51×10^9/L。仍以前方调治。嘱再服 15 剂。

三诊：面色红润，精神振作，纳佳，便调，月经量转正常。复查血小板 110×10^9/L。追访至今，病情稳定，多次化验血小板保持在 100×10^9/L 以上。

讨　论

原发性血小板减少性紫癜属于中医“血证”、“发斑”、“虚劳”等范畴，导师认为，本病是因脾肾阳虚所引起，特别是肾阳虚为本症之关键，因为血液的化生与运行都与脾肾有着密切的关系，原发性血小板减少性紫癜以骨髓巨核细胞系统成熟障碍，周围血中血小板减少，临床表现为长期出血症状及皮肤紫癜等特征，实际上就与脾肾的功能有极大的关系。肾藏精主骨生髓，精血又可互生，肾阳不足，脾阳难健，统摄无权，导致血液化生不足，血不循经，故出现血亏血少，皮肤紫癜等病理改变。因此，治疗原发性血小板减少性紫癜必须抓住脾肾阳虚这一环，而其根本又在肾阳充旺与否，故温肾阳而兼健脾阳是对此病的“治病求本之法”。“扶命培土汤”以温补肾阳药物为主，配以健脾温中，益气养血之品组成。用锁阳为君，补阴益阳，生精养血，而药性温润平和，宜于久服；辅以补肾要药巴戟天，疗五劳、益精血，安神增智；淡大云、枸杞、菟丝子补肝肾、强筋骨，添精益髓，淫羊藿，益精气，强肝肾，且擅补命门之火；佐参、芪、黄精、淮山补中益气，温运脾胃，以充后天之本；使用肉桂、附片协和诸药，暖脾胃，既补下焦阳虚，肝肾两衰，又治中焦虚惫，运化无力。综合全方，具有补肝肾，益脾胃，助阳益阴，补髓生血的功用。故对肝肾两亏，骨髓生血功能障碍，后天不足，脾失统血，溢于络外之诸衄，有生血止衄之效。

（刘益新）

沈炎南　　抢救痨瘵大咯血病案剖析

沈炎南教授从医从教五十余年，对辨证论治的理论研究深入细致，临床应用经验丰富，现举一案例剖析如下。

病案介绍

苏某某，男，27岁，1958年11月18日初诊。患者因“两侧浸润型肺结核”在广东省干部疗养院住院，三天来不断大咯血，每天咯血量约1000毫升，经使用止血药、人工气腹、脑垂体后叶素静脉点滴等多种方法止血，仍咯血不止，出血总量已达3000毫升，病人奄奄一息，只能靠输血维持。曾请省人民医院胸外科会诊，拟施行外科手术止血，恐其身体难以支持，有“上得了手术台，下不了手术台”之虞。病情危急，疗养院请沈教授紧急会诊，想方设法止住咯血，抢救垂危病人。望诊：大口咯血，血色鲜红，面色苍白，两颧潮红，精神疲惫不堪，舌红，苔黄。闻诊：咳呛，气上逆。问诊：护士代诉咯血不止，烦热(体温为38.8℃)，胸闷不适，尿黄，大便燥结。切诊：脉芤。诊断：痨瘵大咯血。辨证：阴虚火旺，虚阳上亢，火乘金位，肺络受损，血热妄行，并有气随血脱之势。治法：滋阴降火以抑上亢之虚阳，清金宁络以保肺宁血，止血化瘀以防瘀血堵塞气道导致窒息，益气固脱以扶正气固元阳。处方和用法：①先用童便一碗、生藕汁一碗，共调匀，缓缓饮下。②用自拟滋阴降火止血汤加减(犀角3g，水磨汁冲服 生地30g，丹皮12g，白芍12g，侧柏叶炭12g，茜草炭9g，大、小蓟炭各9，白茅根24g，蒲黄炭12g，荷叶9g，藕节炭24g，花蕊石9g，艾叶炭9g，田七末9g，分三次冲服)，取清水四碗，浸泡30分钟，煎至一碗，每剂煎二次，二次煎得药液混合，放凉，分次冲调犀角汁和田七末，少量多次，缓缓饮下。③继用党参60g，煎浓汤频频饮下。二诊(11月19日)：咯血量已减少，各症较稳定，依法再服药一天。三诊(11月20日)：咯血已止，仅痰中带血，病情转危为安，依法再用药一天，以巩固疗效。四诊(11月21日)，大咯血已控制，仅痰中带少量瘀血，但仍觉烦热，咳嗽较多，大便干结，舌尖红，脉细数。改清金保肺、止咳宁络、养阴理脾为主，凉血止血化瘀为辅。处方和用法：桑叶9g，黄芩9g，麦冬12g，北沙参15g，百合12g，川贝6g，淮山45g，生地18g，丹皮12g，玄参15，旱莲草12g，侧柏叶炭12g，茜草炭12g，白茅根24g，蒲黄炭12g，荷叶9g，花蕊石9g，藕节24g，田七末6g分次冲服。三剂，每天一剂，水煎，待凉分服；每天另服童便一碗。五诊(11月25日)，服上药后，痰中偶见血丝，烦热已退(体温正常)。仍按上方再服四剂后，痰中无血，咳嗽亦瘥，大便正常，胃纳较佳，精神好转。

病案剖析

1、审机立法

痨瘵咯血之因，或阴虚、或阳虚。阴虚则火动，血随火升而上溢妄行；阳虚则统血无权，气不摄血而外溢。临床所见，以阴虚阳亢者为多。明代李梴《医学入门·总论》曰：“凡血越上窍，皆是阳盛阴虚，有升无降，……阴盛阳虚者，间有之耳。”明代王纶《明医杂著·血病论》曰：“人之一身，阴常不足，阳常有余。况节欲者少，过欲者多。精血既亏，相火必旺，火旺则阴愈消，而痨瘵咳嗽咯血吐血等证作矣。”本例痨瘵大咯血，出血量多，血色鲜红，来势凶猛，并出现颧红、烦热、尿黄、大便燥结、舌红

苔黄之象，乃因痨瘵日久，耗损阴精，阴虚火旺，灼伤肺络，迫血妄行所致。治疗大法，当以滋阴降火，清金宁络为首务。

离经之血尚未咯出，即成瘀血，既妨碍新生和止血，又易滋生变证，甚者堵塞气道而窒息。历代均有"止血毋忘化瘀"的明训，明代王纶《明医杂著·血病论》曰："血来多必有瘀于胸膈，不先消化之，则止之凉之不应也。"故又立止血化瘀之法。

气血相维系，运血者是气，守气者是血，血脱则气无所附而随之亡失。患者出现面色 白、精神疲惫不堪、脉芤，乃气随血脱将成之症。几微之气理当急固，故立益气固脱之法。明代张介宾《景岳全书·吐血证治》指出："但使气不尽脱，则命犹可保，血渐可生"。

本例患者连续大咯血，病情十分危急，若阴虚火旺之势不平，则动血出血之因不除，咯血难止；而瘀血不化，新血不生，更有气随血脱之虑。故上述滋阴降火、清金宁络、止血化瘀、益气固脱，四法并重，以资抢救。

2、处方用药

用药分三步。先予童便、生藕汁以滋阴降火、凉血止血散瘀。童便，为降火止血之妙药，明代缪希雍《本草经疏》言"其味咸而走血，咸寒能伏虚热，使火不上炎而血不妄溢。"先用此二味，意在方便、速效。

再用自拟滋阴降火止血汤加减，以滋阴降火、止血化瘀。该方由唐代孙思邈《千金要方》的犀角地黄汤加减化裁而成，用犀角、生地滋阴清热凉血，丹皮凉血兼清君火，白芍平肝柔肝使相火无所寄，四药并用，既清君火相火，又滋阴凉血治其本；以侧柏叶、茜草、大小蓟、白茅根凉血止血治其标，诚如清代唐容川《血证论》所云："存得一分血，便保得一分命。"并以蒲黄、荷叶、藕节、花蕊石止血化瘀，使血止而不留瘀。佐以田七、艾叶止血之中兼可温通散寒，既能鼓舞气血以利新生，又取其性温制约诸药之寒凉，防止伤及脾肾。方中止血诸药，多炒炭存性入药，以增强止血之效。全方密切配合，共奏滋阴降火、止血化瘀之功。

继用大剂党参，取其益气固脱，补气摄血之功。元代葛可久《十药神书·丙字独参汤》云："凡失血后，不免精气怯弱，神思散乱……，顿服独参汤，不但脱血益气，亦且阳生阴长。"

以上服药虽有先后，但一环紧扣一环，既赢得时间，又协同奏效。

3、调理善后

依上法紧急处理三天后，病情已转危为安，血热妄行、气随血脱诸症悉除，故后期治疗宜治本复元。明代绮石《理虚元鉴》云："阴竭阳亢，急宜清金保肺，以宣清肃之令。"清代雷丰《时病论》创立清金宁络法，治疗燥气化火、刑金劫络所致之咯血。本案病机为阴虚火旺、灼伤肺络，故善后治疗以清金保肺为主，又因土能生金，法当滋养胃阴以生肺金，使肺金清润，则火降而咳止；为防血再潮动及瘀血滋生变证，仍需凉血、止血、化瘀。本案后期调理，以清金保肺、止咳宁络、养阴理脾为主，凉血、止血、化瘀为辅。参照清代雷丰《时病论》清金宁络法，用桑叶、黄芩清肺金；麦冬、北沙参、百合、川贝甘凉润肺止咳，麦冬、北沙参兼能滋养胃阴；重用淮山既养胃阴，又健脾气，脾旺则统血有权；以生地、丹皮、玄参、旱莲草、侧柏叶、茜草、茅根、童便清热凉血止血；蒲黄、荷叶、藕节、花蕊石、田七止血化瘀。全方切中病机，疗效满意。

小　结

本例大咯血的治疗过程分二个阶段，一是抢救，一是善后，均以辨证论治的思想为指导。

沈教授认为，辨证当察病机，施治讲究立法。辨证的关键是辨明病机，病机一明，治疗则有的放矢。立法以明察病机为依据，理明则法立，而后处方遣药则成竹在胸。

抢救阶段，病情错综复杂，既有血热妄行之象、气随血脱之征，又有瘀血致窒之危。而病之根本为痨瘵日久，耗损真阴，阴虚火旺，灼伤肺络。究其因，阴虚火旺则致肺络受伤，血热妄行；血热妄行又致瘀血内阻，或气随血脱。阴血耗损，瘀血内阻，既妨碍新生，又使阴虚更甚而火益旺。诸病机互为因果，紧密相连。故滋阴降火、清金宁络、止血化瘀、益气固脱，四法并重，用药全面兼顾，进行抢救。

善后阶段，病情已转危为安，血热妄行、气随血脱诸症悉除，病机集中到阴虚火旺这一根本点上，故立法侧重于消除咯血之根源，以清金保肺、止咳宁络、养阴理脾为主，凉血、止血、化瘀为辅。既消除病源，又防血再潮动，以达善后调理复元之效。

整个治疗过程贯穿“辨证察机，审机立法，据法组方”的思想，疗效显著，给人启迪良多。

（卢传坚　黎汉津）

蔡友敬　治疗顽痹的经验

蔡友敬先生从事临床五十余年，在顽痹诊治方面积累了丰富的临床经验。他认真研究《素问·痹论》及各家学说对痹证的论述，结合临床实践，对顽痹的病机提出自己的见解，治法、用药有独到之处。

病机复杂　证情顽固

顽痹，是指反复发作，历时较长，顽固不愈，有别于一般的痹证。《素问·痹论》云："风寒湿三气杂至，合而为痹。"《济生方》云："皆因体虚，腠理空虚，受风寒湿气而成痹也。"此指一般痹证，外则感受风寒湿邪，内则肌腠空虚，是邪实正虚也。而对顽痹，蔡氏依据《素问·痹论》云："病久而不去者，内舍于其合也。""骨痹不已，复感于邪，内舍于肾。""肾痹者，善胀，尻以代踵，脊以代头。"《素问·气穴论》云："积寒留舍，营卫不居，卷内缩筋，肋肘不得伸，内为骨痹。"顾拙园《医镜》云："邪郁病久，风变为火，寒变为热，湿变为痰。"王清任认为痹为瘀血所致及叶天士"久病入络"等论述，以痹久治不愈，"内舍于肾"，肾主骨，肝主筋，肝肾同源，肝肾气血亏虚，是顽痹的主要内在因素。然而反复发作，必有外邪为之引动，风寒湿热之邪的反复侵袭，寒热痰瘀病邪深入经隧、骨骱。痰瘀交阻是主要关键，痰留关节，瘀阻脉络，形成骨节僵硬变形，活动受限，疼痛剧烈，屈伸不利，或肿大麻木等，所以蔡氏认为肝肾气血亏虚是顽痹之标，寒热痰瘀是顽痹之标。此对顽痹治疗上立法用药具有实际指导意义。

辨明虚实　掌握标本

喻嘉言《医门法律·中风门》云："凡治痹证，不明其理，以风门诸通套漫施之者，医之罪也。"必须辨明虚实，掌握标本，从面为立法用药提供依据。肝肾气血亏虚是顽痹之本，寒热痰瘀互阻是顽痹之标。虚则补之，实则治之，或治其本，或治其标，或标本同治，随证而定。急性发作时以治标为主，症状缓解后以治本为主，此通则也。蔡氏在治疗顽痹时的辨证施治经验如下：

若症见关节肌肉疼痛剧烈，如刀割针刺，拘紧屈伸不利，痛处不热不红常有冷感，舌淡苔白，脉沉紧者，此乃寒邪入深，阻遏经络。多采用温经散寒之法。常用制川乌、桂枝、独活、羌活、细辛等以散寒镇痛。他用制川乌，均由小剂量开始，根据病情，逐渐增加用量，并配用甘草，以减轻其毒性，同时用文火久煎，故未发生副作用；同时配以白芍，以酸收敛阴，一则防止川乌之辛热，一则协同止痛作用，在急性发作时用之甚效。桂枝具有温经通阳散寒行瘀的作用，并为上肢痹痛之引经药。细辛辛热窜透，有通阳气，散寒冷之功，对寒湿之邪阻滞经络，用之甚效。蔡老常说："用独活寄生汤不用细辛，则功效减半"，可见其对寒阻经络的痹痛，起着协同作用。

若症见关节肿胀疼痛，痛处灼红灼热，并有发热口干心烦，舌红苔黄，脉沉数，此为热邪深入经络之间，须急用清热解毒之法。常用雷公藤、虎杖、海桐皮、豨莶草、黄柏、桑枝、秦艽、地龙之类。雷公藤具有清热解毒，祛风除湿，消肿止痛的作用，蔡氏经常单味使用，用量 10－15g，使用时去二层

皮，并与猪、骨同炖，饮其汤。对腰膝疼痛，豨莶草、海桐皮经常使用，他说："二味同入肝肾二经，味苦，有驱风湿，通经络的作用。"上肢肿痛，用忍冬藤、桑枝以清热解毒、通经活络。地龙咸寒，有清热通络之功，热痹用之甚效。

若症见骨节蹉跌，关节浸肿刺痛，持续难消，舌暗红或边有瘀斑，苔薄腻或厚浊腻，脉沉涩。此为痰浊瘀血交结，停留关节，闭阻经络，是顽痹病情最重，病程最长，亦是最难治疗的。蔡氏常采用化痰逐瘀法：选用乳香、没药、灵仙、制胆星、半夏、苡仁、丹参、桃仁、红花之类。他还认为，此非一般祛风寒湿药之所能奏效，擅长虫类药物的使用，如蕲蛇、露蜂房、蜈蚣、全蝎、僵蚕祛风化痰。乳香、没药二味合用，活血通痹止痛功效好，如《本草纲目》所云："乳香活血，没药散血，皆能止痛、消肿、生肌，故二药每每相兼而用。"灵仙具有辛散温通经络，其性走窜力强，是止痹痛、治骨刺要药，临床常用之。

若症见筋脉拘急牵引，骨节疼痛往往在活动时加剧，腰膝酸软，伴有低热，口干、眩晕、大便秘结，手足心热，舌偏红苔少、脉沉细。此为久病阴虚，肝肾不足，或长期过用温燥之品、或长期服用激素治疗，伤阴耗液，损伤肝肾之阴而致。蔡氏常用六味地黄汤加白芍、当归、牛膝、菟丝子、沙苑等，以滋补肝肾三阴。

若症见面部虚浮，淡白无华，畏寒肢冷，关节僵硬变形冷感明显，肿痛难消，腰膝酸软无力，甚至弯腰驼背，尿多，便溏或五更泄，舌淡白，脉沉弱，此乃脾肾阳虚。蔡氏以补肾壮督为治，常选用巴戟、仙灵脾、鹿衔草、补骨脂、仙茅、杜仲等药。他说：巴戟性味辛甘温，入肝肾二经，有补肾阳、壮筋骨、祛风湿，温而不燥的作用。正如《本草新编》云："温而不热，健脾开胃，既益元阳、复填阴水。"鹿衔草既能补益肾虚，又能祛风除湿，活血调经，是风湿与类风湿性疾病的要药，肾虚之人，用之更确切。

若症见面黄少华，唇色爪甲淡白无华，筋脉拘挛，动则气喘，舌淡苔白或苔少，脉沉细或濡弱，或有大出血病史者，此乃气血亏虚。蔡氏用大补气血法，圣愈汤加川七，鸡血藤之类。他说：川七有止血、散瘀、消肿、定痛的功用，与大补气血之品同用，则能加强去瘀血，提高补气血，促进新血生成的作用。鸡血藤一味，既可活血补血，又可祛风舒筋。《现代实用中药》云："为强壮性之补血药，适用于贫血性之神经麻痹证，如肢体及腰膝酸痛，麻木不仁等。"用之最妙。

综上所述，蔡氏在顽痹标本辨证，治疗方面有丰富的经验，其立法处方用药上，有以下四方面值得学习。一辨明标本，掌握虚实，灵活选择治疗用药，在治标中，兼顾其本，在治本中，兼顾其标，标本同治。二依"治风先治血，血行风自灭"的理论，活血、行血、补血药始终加以运用。因其血虚而益之，因其血瘀而通之。三按叶天士"久病入络"之机理，必须根据病情灵活运用虫类药物，以达到搜剔通络的作用。四对顽痹中属于骨骼破坏，骨质增生者，加服自制"抗骨质增生丸"，该药丸具有益肾蠲痹，消骨刺之作用。每次10克，每日二至三次，三个月为一疗程，临床用之甚效。该药在永州市一院，中医院已广泛使用，长期服用无副作用，对骨质增生有控制、缓解、消除的作用。

病例介绍：

例一：陈××，女，46岁，南安人。

1991年10月29日初诊。两手指、腕、肘及膝关节对称性肿痛，清晨手指僵硬加剧，活动困难，腰酸痛难于弯曲，已十几年。西医诊断为类风湿性关节炎。经中西药治疗，病时缓时重，近日加剧。检查：两膝、肘、腕关节肿大疼痛，局部不红，扪及清冷感，手指变形僵硬，面黄少华，动则气喘，尿多、便溏，舌淡红苔白，脉沉细。此乃气血亏虚，寒邪深入经隧，痰瘀交结于骨骼。先投温经散寒止痛，佐以补血活血。方拟：制川乌10g，桂枝10g，防风10g，乳没各10，当归10g，川芎10g，白芍18g，牛膝12g，灵仙10g，甘草3g，服三剂。

10月3日二诊。关节疼痛有所减轻，腰痛未减。以上方加独活10g，木瓜10g，服三剂。

11月8日三诊。关节疼痛减半，但肿未明显减轻。举步、弯腰、手提物仍艰辛。蔡老认为，久病

入络，痰瘀交结于骨骱，宜用走窜虫类药物以搜剔络道。方取：蕲蛇 10g，蜈蚣 2 条，全蝎 4 只，露蜂房 10g，僵蚕 10g，制川乌 10g，桂枝 10g，甘草 5g，白芍 24g，当归 10g，川芎 10g，生地 15g，牛膝 10g，灵仙 10g。

此后以上方为基本方，时增黄芪，鹿衔草。共服十八剂。口服抗骨质增生丸 10g，日三次。

12 月 2 日十诊。病情大为改善，腰膝酸痛乏力。蔡氏认为需以补肝肾，补气血以固疗效。巴戟天 10g，细辛 10g，山茱萸 10g，补骨脂 10g，鹿衔草 15g，蕲蛇 10g，僵蚕 10g，苡仁 30g，杜仲 10g，生地 15g，当归 10g，黄芪 24g，甘杞 15g。抗骨质增生丸续服。

12 月 20 日十五诊。上方共服十二剂，关节肿痛基本消失，手指僵硬好转，可参加轻劳动。医嘱续服抗骨质增生丸。

患者于 92 年 6 月 10 日，因急性胃肠炎来诊，诉半年来关节肿痛只有阴雨天气偶尔轻度发作。手指仍有变形，但僵硬明显减轻，活动尚好。

例二：阮××，男，18 岁，晋江人。

1990 年 6 月 18 日初诊。因两膝关节肿痛在他院门诊收住院三个月，病情加重。来诊时由父母扶进诊室，症见两膝关节肿痛，扪之局部焮热感，屈伸痛不可忍，两腕关节肿痛，不可提物。时午后发热，痛苦面容，舌红苔黄腻，脉骨数。抗“0”833u，血沉 70mm/h，白血球为 12×10^9/L，证属湿热病邪深入，痰瘀阻滞经络，先以清热化湿，活血止痛。黄柏 10g，苍术 10g，苡仁 30g，牛膝 12g，忍冬藤 18g，海桐皮 10g，豨莶草 10g，当归 10g，生地 12g，赤芍 15g，僵蚕 10g，服三剂。另用雷公藤 10g，与猪骨同炖，饮其汤，每日一次，共服七日。

6 月 22 日，患者自行走进诊室，两膝、肘关节肿痛明显减弱，发热消失。前方续服三剂。

6 月 26 日，膝、肘关节肿痛基本消失，只有在行动或下蹲时仍有酸痛感，精神转佳，舌红苔少，脉沉细，用滋肝补肾为主，佐以活血清热。熟地 15g，淮山药 15g，山茱萸 10g，丹皮 10g，泽泻 10g，茯苓 10g，白芍 18g，当归 10g，黄柏 10g，忍冬藤 18g，牛膝 12g，共服十二剂。抗“0”500u 以下，血沉 18mm/h，白血球 8.0×10^9/L，而获痊愈。

（林禾禧　蔡光斗）

李士桂　　临床辨证举隅

李士桂教授临床经验颇丰，尤长于中医外科杂症的诊治，屡挽沉疴。根据 笔者侍随先生临床记录，将数例病案略予整理，公诸同道，以为管窥之见。

痒风顽疾、清热凉血、祛风止痒

冯某某，男，70岁，91年5月9日初诊。持续性全身皮肤瘙痒，夜眠难寐二年余。初起为四肢远端，继而躯干，泛及全身，瘙痒无度，痒无定处，此起彼伏，以夜眠时或遇热时为重，无明显皮疹及水疱损害，无寒热症。查全身遍布抓痕，表覆淡黄色痂皮或血痂，抓痕边缘潮红，局部干燥。另大腿内侧不规则环状皮损，边缘清楚，表覆少许鳞屑，无明显渗液。溲黄，大便干结，舌红苔黄干，脉弦数。发病后曾在当地多方诊治，予中西药治疗均未奏效。素嗜烟茶酒，喜食煎炸、烧卤之品。早年从事烧卤行业，无特殊病史。诊断：①痒风（血热生风）。②阴癣。投以清热凉血、搜风止痒、杀虫之剂治之。处方：生地12g，赤芍10g，当归9g，川芎5g，紫草10g，玄参12g，白癣皮10g，桑白皮12g，夏枯草10g，防风10g，秦艽12g，白花蛇10g，全蝎3g。每天一付水煎服；另加外用方：苦参15g，百部15g，蚂蚱勒15g，水杨梅15g，野菊花15g，土黄连60g。每天一剂煎水外洗。嘱治疗期间忌食辛辣燥热及腥物。经用上药各九剂后，瘙痒消失，皮疹消退，夜眠安枕，病告痊愈。

按：痒风之症，奇顽难愈，常迁延日久，故其虽诊治二载有余而疗效不显。丹溪亦云：痒症不一，血虚皮肤燥痒者，宜四物汤，加防风七钱。王肯堂谓：夫痂疥者，由风热而生，遍体瘙痒，瘙之起皮，或血出，或水出，结作干痂，治宜内理心血，祛散风热，外则加以敷洗，理无不愈。先生认为：患者早年从事烧卤行业，素喜食燥热之食，嗜烟茶酒品，早已内热蓄积，酒毒内蕴，早年病之不发，乃恃其体健之故。如今年老体衰，气血亏虚，故而发病。诚如经云："两虚相得，乃客其形。"症先燥痒无度，发无定处，夜眠及遇热时为甚，溲黄，便干，舌红苔黄脉弦数等，均示其内热炽盛，阴虚血热生风之象。古贤有"治风先治血，血行风自灭"之诫，故四物养血凉血，辅以紫草、玄参、夏枯草等清热凉血，桑白皮、白癣皮、防风、秦艽祛风止痒，伍以蛇蝎之虫搜剔逐风，外洗配以杀虫、清热解毒之剂。故其效若桴鼓之应。此法与前贤丹溪与肯堂之述竟不谋而合，令人回味。

附骨阴疽、活血化瘀、祛腐生新

韦某某，女，18岁，1991年5月20日初诊。诉左下肢外伤，肿痛，反复流脓一年余。一年多以前不慎外伤后即在当地就诊治，肿痛未能有效缓解，继而出现寒战发热，局部化脓破溃，脓液由稠变稀，日渐恶臭。来诊时见：患者慢性病容，面色㿠白，双目乏神，行走跛态。左下肢有两个相距1.5cm黄豆大之破溃口，溃口周围肉芽外翻，高出表皮，苍白，触之易出血，探之两个溃口互不相通，各自形成直径约1.5cm之脓腔，深约0.6cm，脓液清稀，量少恶臭，舌淡苔薄白，脉弦细，X线片示：左下肢下1/3段骨膜增厚，骨髓腔模糊，但未见明显死骨。诊断为附骨疽，因病人体虚较甚，故先予内服扶正之剂，外治以腐蚀之法。处方：党参15g，黄芪15g，银花15g，玄参10g，当归12g，牛膝10g，丹参

12g，乳香6g，没药9g，花粉12g，毛冬青30g。每天一付，水煎服。腐蚀药条2条分别插入窦道内。经上述治疗10天，两溃口之肌肉呈青紫色坏死状，范围约3cm，脓液较多，稍粘稠，无发烧。继守上内治，外敷三黄膏加蚤休、金果榄。一周后腐坏组织基本分离，两溃口融合为一，但基底部仍存在未脱离之坏死组织，故于其上撒敷腐蚀粉，上覆以三黄膏，再一周后基本清除干净，创口约3cm大，深达胫骨，骨面粗糙不平，呈砂粒状，但未探及游离死骨，稍作瘙刮，清理后以活血化瘀，祛腐生新之十一方酒纱条填敷，再经四周时间治疗（期间易祛腐生肌膏等），创口肉芽红润，基本填满，脓液减少，无恶臭味。患者面色及精神均渐入佳境，停内服药，外敷九一丹及橡皮膏收口。三天后创面结痂，压之不痛，行走无大碍，临床治愈。

按：附骨疽是一种毒气深沉，附着于骨的深部脓疡，其病因多样，古贤述之甚详，大多以贼风致病论处。先生认为，临床所见之附骨疽，大多为外伤所致，或为跌仆损害，或为虫蝇叮咬，或为瘙抓不慎，致使局部血瘀毒滞，日久腐化为脓，内溃蚀骨而成。病发初起，大多有寒热症象，患处肿痛彻骨等症，此种热毒炽盛之症，绝不可拘泥于某家古贤之诫，而弃用寒凉之剂，实应遵从《内经》之训："热者寒之，治热以寒"，"实者泻之"，"结者散之"，临床辨证要仔细，辨准用药莫迟疑。此案即是明证。按陈实功之辨，已成险候。先生内治以扶正补虚为主，透毒外泄为辅，方以四妙勇安汤，仙方活命饮加减，主以参芪扶正。外以祛腐生新为准则，并对此类病症系统地提出了腐蚀、祛腐、生肌、收口四个阶段，集其毕生治疗该症之经验，故使迁延日久之病得以祛除。

乳胀癖核、健脾疏肝、化痰散结

陈某，女，24岁，1992年1月29日初诊，患者于数天前沐浴时无意中发现左侧乳房内下方区域内触及一小肿物如指头大小，压之微胀痛不舒。既往间或出现乳房胀，尤以经行期间为甚，同时伴有身倦，纳欠佳等症，但未触及明显肿块，经带正常，二便尚调。查左乳房内下象限外侧可触及一约1×1.2cm大小之肿物，外观局部无明显隆突，皮色不变，无明显的热感，肿物质地稍硬，表面光滑，边缘清楚，与周围组织无粘连，移动度良好，无明显压痛，压之感觉胀而不舒。乳头无明显分泌物。舌淡，边齿痕，苔白，脉弦细。拟诊：乳癖（气滞痰凝）。治则：健脾疏肝，化痰散结。处方：柴胡10g，青皮6g，炮甲6g，当归10g，白芍12g，浙贝10g，海藻10g，昆布10g，姜夏10g，茯苓10g。每天一付，水煎服。痰核消膏（南星、半夏、三棱、莪术等20余味药组成），外敷一次。三天后复诊，乳胀消失，肿物遁形。

按：乳癖之病，首见于《中藏经》，又名奶脾、奶积，谓之多由思虑伤脾，郁怒伤肝。先生认为，此例为脾虚痰阻，气滞痰凝而成，所谓"肿而痛者谓之火，肿而不痛谓之痰"是也，痰气相结，瘀阻而为癖块，纳差、身倦、乳胀不舒，乃脾阳不振，寒湿为祟之象。然气机不畅，多为肝郁使然，故治疗上以健脾疏肝为主，方中以姜夏、茯苓健脾化湿，柴胡、青皮疏肝行气，炮甲、浙贝、海藻、昆布等软坚化痰散结，辅以当归、白芍活血柔肝，一助开郁，二助散结，外敷以温化寒痰，活血散结之膏，内外合治，故收显效。

肠覃宿积，养血活血，行气消积

黄某某，女，29岁，92年6月18日初诊，少腹隐痛不舒二年余，伴包块半年。二年前感觉双侧少腹隐痛不舒，即在某院妇科诊治，拟"附件炎"予中西药治疗，并曾二度住本院治疗，但效果不明显，腹痛始终未消，约半年前出现包块。妇科拟诊为"卵巢囊肿"。本院B超示：于双侧附件区处均探及液性包块，包膜清楚，左侧约4.7×4.2cm大小，右侧为4.9×4.5cm大小，声影区有深部回声。症见形体消瘦，颧骨高突，面色不华，肌肤较粗糙，色晦不鲜，少腹隐痛不舒。双侧匀可及约鸭旦大包

块，质稍硬，边缘清，表面光滑，可移动、压痛。时头晕，少眠多梦，纳欠佳，二便尚正常，舌淡边瘀，苔薄白，脉弦细。拟诊：肠蕈（气滞血瘀）。治以养血活血，行气消积。处方：生地12g，赤芍12g，当归10g，川芎6g，桃仁10g，红花6g，柴胡10g，丹参15g，牛膝12g，三棱10g，莪术10g，枳壳6g。每天一付，水煎服。肠蕈散（生南星、生半夏、生白茹良、苏木等20余味药研末）外敷，每三天一次。治疗仅二周，肠蕈即明显缩小，病人因故常自行中断治疗，故延时三月之久，总治疗时间为六周，临床未及包块，B超示原位之液性包块消失，临床治愈。

按：肠蕈一词，首见于《灵枢·水胀篇》，其谓"肠蕈者，寒气客于肠外，与卫气相搏，气不得营，因有所系，癖而内著，恶气乃起，息肉乃生。其始生也，大如鸡卵，稍以益大，至其成如怀子之状，久者离岁，按之则坚，推之则移，月事以时下，此其候也。"临床所先之肠蕈，常为数月乃至数载之宿积，治疗颇为棘手，此例患者病已二载，群医束手。先生诊之，谓其乃气滞血瘀，癖结少腹使然。症见肤糙色晦，少腹疼痛，按之尤甚，舌淡边有瘀斑，脉弦等症。前贤所谓，久病必瘀、久病必虚。而其形瘦颧突，肤色不华，少眠多梦，头晕舌淡脉细等均示其弱。故治疗上以养血、活血为先，所谓血宜行而忌滞。方从血府逐瘀汤加减，以桃红四物、丹参、牛膝、三棱、莪术等养血活血，祛瘀散结；柴胡，枳壳疏肝行气。尤值一提的是，外敷药以多种大毒鲜药组成，其效以温经散寒、消肿止痛为著。

另外，外敷时易产生过敏，故制作时要多加小心，首先要将鲜药充分捣匀，加以药粉，用鲜叶裹存，放于炉上烤至熟透，后取下，温摊于玻璃纸上，敷于患处，每贴可敷2—3天，若出现过敏，可于局部涂一层肤轻松软膏，再敷肠蕈散，或局部涂抗过敏药物，干燥者宜药膏，湿润者宜药散或药水，如五石散，炉甘石洗剂等。经上内服外敷，其效斐然。

（文正兴　肖廷刚）

李幼昌　治疗湿病的临床经验

李幼昌老师通过长期的观察实践，认为昆明地区多风多湿。风为百病之长，常挟湿致病。湿性粘腻，不易骤化，缠绵难愈，易困脾阳而致卫气营血之生化不利，影响正气之恢复。因此，对湿病的治疗尤有深入研究。他遵古而不泥古，务求实际，灵活变通，在注重化湿、渗湿的基础上，提出治湿之要，尤重三焦气化，据其部位不同，又当各施轻重缓急的原则。湿在上焦或经络者，以芳香化湿为主，兼以祛风解表，取风能胜湿之意；湿在中焦者，以燥湿利湿为主，兼以芳香化湿宣畅气机；湿在下焦则以渗利为主，兼以宣通肺气，取提壶揭盖之意。在处方用药方面，他不但能灵活变通地使用经方、时方、中药、草药，同时还自拟了一些经验方，临床效果突出。

1、蒿芩清胆汤、柴平汤加减治疗多种外感内伤湿病。

李老师在治疗多种外感及内伤湿病中，善于将祛湿法与和解表法合用，根据病情的不同阶段，常先后采用蒿芩清胆汤，柴平汤加减治疗，临床收到很好的效果。现举病案如下：

病案一 胁痛(急性胰腺炎)

尹某，男，39岁，住院号112652。患者1989年元月25日上腹部疼痛向两侧放射呈腰带样疼痛，三小时后加剧，诊断为“急性坏死性胰腺炎”收住入院。

入院后经“CT”及“B超”检查证实为胰腺炎，经治疗，效果不满意，于4月1日请李老师诊治。

主要脉证：胁腹胀满疼痛呈腰带样，小腹胀，食减、口干苦、舌红苔黄满厚腻，脉弦缓。辨证为里湿蕴久化热，中焦肝胆气机受阻。治以芳化清热利湿，佐以疏肝理气。方用蒿芩清胆汤加减：青蒿、黄芩、青黛、青皮、厚朴、柴胡、郁金、元胡各10g，滑石、法夏、败酱草、茯苓各15g，苡仁30g、波蔻、甘草各5g，三剂。

二诊(4月5日)：上腹部疼痛减轻，饮食稍增，大便干结，每日一行，口干苦，但饮不多，脉弦滑，舌红苔薄腻，厚已转薄。湿热减而一时难化，宜守法清热除湿理气续治，上方加减：青蒿、黄芩、青黛、陈皮、佩兰、枳实、淡竹叶、银花、连翘各10g，滑石15g，茯苓15g，生大黄6g，波蔻5g，甘草3g，四剂。

4月10日三诊：平时脘腹已不胀痛，但食后则腹胀痛，移时则舒，大便转软，日一行，脉弦缓，舌红润，苔薄黄腻。湿热又减，但气血郁滞不通，予清热除湿、理气活血治之，芍药汤加减：炒芍药20g，木香、黄芩、川楝子、元胡各10g，滑石、槟榔、败酱草、归尾各15g，苡仁30g，黄连5g，甘草3g，六剂后拟疏肝活血、清热除湿、柴平汤加减治之。柴胡、炒黄芩、青皮、郁金、香附、厚朴各10g，法夏15g，苍术15g，茯苓15g，丹参20g，山楂15g，甘草3g，服六剂后，于4月3日“B超”复查，脘腹部包块消失，饮食恢复正常，精神稍差，脉弱，舌淡红苔薄白。此脾气虚弱，肝郁血瘀，以益气健脾、疏肝活血善后，带药出院。

急性胰腺炎散见于祖国医学“肝胃不和”，“胃脘痛”，“结胸”，“膈痛”等病证，大柴胡汤为医道公认治疗本病的有效方剂。李老师选用蒿芩清胆汤、芍药汤、柴平汤，抓住湿阻气机，肝主疏泄这一重要环节，以此调和肝脾，令脾气升，胃气降，升降有序，清浊各行其道，则痛止病除。

病案二 风中脏腑(脑血管意外、出血性中风)

周某某，女，56岁，住院号118984。患者突然昏迷失语，右侧肢体活动障碍逐渐加重收入脑系科，诊断为“脑血管意外”，“出血性中风”，于90年2月9日行血肿病灶清除术。2月13日请李老师诊治。

患者昏迷不省人事，呼之不应，口眼歪斜向左，右侧上肢稍能动，下肢不能自动，食少纳呆，脉细弦，舌淡红苔白腻，血压180—130/110—90mmHg之间，心率60次/分左右，右侧体肌力、肌张力较左侧差。辨证为痰热蒙蔽心窍，阻滞经络，先以《时病论》开窍导痰汤加味：炙远志、石菖蒲、天竺黄、杏仁、瓜蒌仁、烧牙皂、郁金、地龙、僵虫各10g，红花5g，服药2剂。

二诊(2月16日)：神志朦胧，呼之能应，言蹇不清，余症变化不显，大便二日未解，脉沉稍快，舌淡红苔白腻。湿浊化热，心窍受蒙，经络阻滞不通，当除湿化痰，清心开窍，通络。拟蒿芩清胆汤加郁金、石菖蒲、天竺黄、僵虫各10g，天麻15g，丹参30g，六剂。

三诊(2月23日)：服药后神志转清醒，口眼歪斜有改善，仍言蹇不清，右上肢活动改善不显，食欲不振，大便溏薄，脉弦，舌淡红苔黄腻。此肝胃不和，湿浊上蒙，心窍阻塞经络，拟调和肝胃，化痰除湿，开窍通络，柴平汤加味：柴胡、黄芩、陈皮、苍术、石菖蒲、郁金、天竺黄各10g，法夏、茯苓、钩藤各15g，甘草5g，六剂。

四诊(3月2日)：神志完全清楚，以往事情亦能回忆，能清楚缓慢发单词，饮食转佳，小便正常，大便干燥，每日一次，右侧上下肢稍能活动，脉弦细，舌淡红，苔微黄腻，证同前，服药有效，守上方加苡仁、羌活、独活、红花等除湿通络10余剂，右侧上下肢活动增加，口眼歪斜消失，语言基本清楚，病灶好转，带药出院。

本案痰热蒙蔽心窍，阻滞经络，李老师先拟开窍导痰汤加味，清化热痰，开窍通络，又拟蒿芩清胆汤，柴平汤加味分消湿浊，宣展气机而通畅三焦水道，使痰化湿除。偏瘫病中痰瘀并存机会较多，痰湿阻滞经络影响气血循行而致瘀，瘀阻经络致三焦气化不利、水湿停滞而化为痰，二者互为因果相互影响。李老师在选药制方上二者兼顾，自能缩短病程提高疗效。

病案三　卵巢囊肿破裂术后发热

王某某，女，43岁，住院号143107。因卵巢囊肿破裂并发腹膜炎收住我院妇科行右侧附件切除术，术后25天伤口愈后良好，但觉腹胀，低热，饮食极差，请李老师诊治。89年5月18日一诊：食少，每顿仅吃50g左右，食后腹胀难忍，口干，午后恶寒低热，体温波动在37.2—37.5℃之间，头痛，大便干燥，日一次，脉弦细，舌淡红苔黄薄腻。此为少阳之邪未解，脾胃湿浊不清，治拟枢转少阳，燥湿化浊和胃，柴平汤加减：柴胡、黄芩、陈皮、厚朴、木香、槟榔各10g，苍术、法夏各15g，草果2个，砂仁5g，甘草3g。

二诊(5月21日)：服上方二剂，寒热退，口仍苦，胃脘及腹部胀稍减，饮食稍增，脉沉，舌质淡红苔薄白，上方加茯苓15g，焦楂15g，连服四剂，腹胀消，饮食恢复正常，予香砂六君汤加台乌、槟榔出院调理。

柴平汤系李老师调治肝胆胃肠疾患之常用方，小柴胡汤既可调节少阳枢机，使在表之邪外解，又可疏肝利胆，令其功能恢复正常。平胃散燥湿健脾和胃气，胃浊湿气下降，脾之清阳自升，升降复而三焦通畅，自然诸症悉除。

2、茵陈四苓汤治妇科湿热带下证

李老师治疗妇科湿热带下病，善用茵陈四苓汤加减治疗，临床治愈率极高，现举病案如下：

病案四：范××，女，40岁，1989年11月4日初诊，连日来阴部肿痒，带下如豆腐渣样，夜尿频多，少腹疼痛，咽干、舌红，苔黄腻，脉濡。辨为湿热下注之带下证，治以清热利湿止带，茵陈四苓汤加味(方中白术易为苍术)：茵陈、茯苓、猪苓、苍术、山药、蒲公英、地肤子各15g，泽泻10g，苡仁30g，

青蒿10g，四剂后肿消，带下止，诸症悉除。

3、土茯苓攻治疗湿热性皮肤病

李老师在治疗湿热性皮肤病时，自拟了一个行之有效的经验方土茯苓散，其基础方为：土茯苓、苡仁、威灵仙、白藓皮、甘草。一般情况下，湿热甚者加苍术，黄柏，苦参；血热者加生地，丹皮，赤芍；皮肤搔痒者加地肤子，蝉蜕，胡麻；无名肿毒加白芷，皂角刺，穿山甲，天花粉，银花，连翘；夹瘀加归尾，桃仁，广土鳖，同时加用一些疏风宣透药如防风，秦艽，刺蒺藜，僵虫等宣透疏风，既可胜湿又可使热毒从外而解。

病案五：杨某某，女，25岁，住院号81929。

患者反复低热，关节疼痛，皮肤红斑七年，诊断为"皮肤环型红斑"收住内科，使用强的松每日30mg，治疗半月，病情未能完全控制，于1987年7月28日请中医会诊。患者低热体温波动在37.2—37.5℃，服强的松后红斑消退，减量则又出现，咽痛，胃脘痛，二便正常，舌质红苔白薄腻，脉弦数。既往有十二指肠球部溃疡，现心肺正常，肝脾未及，咽部充血，辨为风湿热毒蕴结中上焦，治以祛风除湿，清热解毒。方药土茯苓散加味：土茯苓、苡仁各30g、威灵仙、白藓皮、刺蒺藜、紫花地丁各15g，防风、秦艽、草蔻、乌梢蛇、僵蚕各10g，服六剂。

二诊（8月4日）：体温正常，咽痛，出汗，乳房部又出现红斑，小便短黄，胃脘隐痛，脉沉弱，舌尖红苔黄腻。此为风湿热毒不清，热毒尤甚，守上方除祛风湿外，加重清热解毒，紫花地丁30g，银花，连翘各15g，服15剂。9月5日三诊，病热大减，仅存少量散在环型斑。守上方加怀牛膝15g，桑寄生、海桐皮、苍耳子、石楠藤、漏芦各12g，服药至12月9日，肢体红斑完全消退，病愈出院。

按：本案为风湿热毒浸淫肌肤，阻滞经络，内蕴脾胃，治以祛风除湿，清热解毒。李老师在土茯苓散基础上重用疏风宣透、清热解毒之品，使风湿热毒内外两解而收全功，病自痊愈。

（罗珊珊　徐涟）

杨继荪　　老年常见病的证治经验

杨继荪老师对老年疾病的证治，在许多方面有着自己的独特见解。兹就其对老年常见病的临床辨治特点作简要介绍。

体虚多瘀，虚实挟杂与多病性

《素问·上古天真论》说："七八……天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极。八八，则齿发去。"孙老师认为这反映了人进入老年期后，精气逐渐虚衰，容颜形体改变，内脏机能衰退，而日显衰老。老年人之"津"不能内及脏腑，外至皮毛，以"温肌肉，充皮肤"，出现毛发稀淡，皮下脂肪减少，皮肤弹性减退；"液"不能注入骨节、髓海以濡润空窍，填补精髓，出现耳鸣、牙齿松落、骨质疏松、骨关节退行性变，反记忆力减退、感觉迟钝等现象。又因老年人的气血、阴阳均在逐日衰损及不足，影响了脏腑机能，而任一脏腑的虚损皆易引起血行失常。如脾虚不能统摄血液，肝失疏泄可致气血不和，尤其是心肺气虚，常可引起血行的瘀滞，故老年人可说是多虚多瘀之体。另外，在老年人的体检中发现，单一脏器病变的人为数不多，几乎都存在有两种以上疾病，这又提示了老年人有多病性的特点。且老年人体虚多病，正气不足以达邪，一些病理产物如痰浊、痰饮、湿热、瘀血等容易蓄积于体内，呈现正虚邪实、虚实挟杂的局面，形成多种病证的同时存在或相继出现。而老年人多病性的原因，除自身脏器整体功能的衰减外，还在于老年人对发热、疼痛的敏感性降低、反应性差。因自觉症状轻微、往往不能及时发现疾病，病情拖延日重，逐渐影响他脏。同时在就诊时，老年人健忘，主诉不清，又容易遗漏某些疾病的早期诊断。所以对老年人的证治，应详审细查，作一些必要的客观检查，以尽早发现疾病，延缓向多病性发展的趋势。

疗虚理瘀、疏补并调与灵活性

老年病的形成多有一个较长的潜在变化过程、常呈相对缓进型。他针对老年人多虚、多瘀、多病性的特点，治疗上考虑各脏腑间相互影响、干扰的因素，强调整体综合治疗，主张以补虚理瘀法结合病证缓调取胜。这在他对各类老年常见病的证治中，均有体现。

1、原发性高血压病：在高血压病"风"、"火"、"痰"、"虚"、"瘀"的病理特点中，老年人具有"虚"、"瘀"之共性，且以相兼并见为多。临证中，老年高血压病患者多见有不同程度的其他脏器虚损。如肾阴亏于下，不能滋养于心，心受所累；或阴亏于前、阳损于后，以致全身多脏器功能衰减。即使属"肝火亢盛"者，亦应考虑"乙癸同源"，虽见其有肝阳亢于上或阳亢风动的的上盛之证，但还应顾及老年人有否隐伏之肾阴亏于下、阴液日耗的下虚之候。故他在老年高血压病证治的处方中，常用生地、杜仲、桑寄生、首乌之类以顾其本。并认为高血压病似与血脉失却柔韧弹性及血液"粘"、"凝"运行欠畅相关。他在治疗上十分重视活血行瘀药的运用，以改善老年人的血液高凝趋势，使血行流畅。其中，葛根、川芎、赤芍、丹参、桂枝、益母草，都是他治疗高血压病的常用药物。另外，他常提及，目前临床上高血压病人，往往采用中西医结合治疗，这就要特别重视老年人的降压幅度，如血压骤降，易

引起血液不能上荣脑窍，不能荣养脏腑从而出现其他症状。他对老年人的降压治疗主张微调缓降，让患者有一个逐渐适应的过程，从根本上稳定血压。

2、冠心病与心律失常：冠心病多为以偏虚为主的虚中夹实之证，在老年人常呈不典型性表现。故当老年人有极度乏力、气短、甚至昏厥时，应予高度重视，考虑有冠心病的可能。冠心病早期因寒、痰、饮、瘀、情绪等致病因素导致形成的共同的病理机制为“气滞血瘀”。但疾病发展至老年，则以气虚、阴阳虚损为主，气虚推动无力，正虚不能达邪，表现为虚中挟痰、挟饮、挟瘀等症。其辨治，则当先别阴阳虚衰之偏颇，以益气活血为常法，根据不同体质和诱发因素，分别予理气、宽胸、通阳、化浊。在老年人“虚”、“瘀”之共性中，寻找解决不同矛盾之个性。而老年人的心律失常，临床上常见于因增龄所致心脏组织结构和功能变化引发的房颤、传导阻滞及病态窦房结综合征。他说：老年人的心率过慢、脉结代，有生理与病理的综合因素。往往心、肾之阴阳已有不同程度的衰损，治疗上当予心、肾兼顾、阴阳并调，他在用大剂参、芪补益心气之基础上，对偏阳虚者重用附、桂；偏阴虚者重用生地、麦冬、黄精、玉竹等。至于“饮”、“痰”、“瘀”，则多属兼症。他以重补气、育阴阳、适理瘀为治疗之大法，佐以祛浊、化饮。他曾以上法调治一冠心病频发房颤两年的病人，发作次数减少，发作时间缩短，又调理数月，半年未发作。

3、慢性支气管炎、肺气肿：他认为老年慢性支气管炎在发作期阶段，也不能过于拘泥老年之虚而妄用滋补，主张以治实为主，迅速大剂多次进药以控制病情发展。因老年人应激能力低，耐受性差，如病重药轻易致病性发展恶化或缠绵难愈。在缓解期，则应权衡虚实程度，重视气血阴阳，脏腑功能的微调作用。根据不同体质特点分别予“春夏养阳”，以防冬冷风寒之邪引动宿疾；“秋冬养阴”，以防秋燥温热之邪蕴结痰火。并认为宜以柔润为主，浊药轻投，刚柔相济之法长年调治。正如王旭高所曰：“必须频年累月不断，倘一曝十寒，终无济于事也”。事实上，经连续数载“冬病夏治”与“冬令调治”且平时注意调摄者，多延缓了病情发展。如在病情相对稳定阶段，如用冬虫夏草这一平补阴阳、滋肺补肾、兼有化痰之功的调补之品，单味长服，亦能收到意外之功。

4、萎缩性胃炎与胃源性泄泻：老年人的脏器都呈逐渐萎缩状态、胃粘膜日趋萎缩、胃酸分泌明显减少。萎缩性胃炎在老年胃病患者中的比率较高，属于胃炎中偏虚的类型。他在该病的证治中，基本分为“阳虚型”与“阴阳两虚型”。中气虚弱与挟瘀为两型之共同点。中虚脾弱并有胃阴不足者，虽见舌淡，但舌多偏干，口渴喜饮或胃中热灼、大便多结；而中气虚馁、并有脾阳不振者，舌质淡胖、口淡，大便偏溏，甚则曰行数次，显示出胃源性泄泻的证候。他对两型的治疗，皆以黄芪、党参、甘草、乌梅、无花果、丹参等益气扶中、酸甘化阴、活血养胃为基础。对胃阴不足者兼以养阴和中；对脾阳不振者兼以温中健脾。若遇久泻者则从脾肾主治，适佐收涩之品。萎缩性胃炎引起的胃源性泄泻，纯属虚证。上见胃液亏少，下见肠液丢失，故宜用温柔不燥而益脾肾之益智仁、菟丝子，对年高真火已衰者，藉以血肉有情之品，用鹿角胶、黄明胶充精血、健脾胃，补其阳气，填其虚损。

5、糖尿病：老年人的胰腺细胞亦呈退行性变，胰岛细胞对血糖的反应减低，故糖尿病亦是老年人的常发病之一。他认为糖尿病起因虽有素体禀赋、饮食不节、情志失调等几种因素，但疾病的发生与发展，始虽异，终则同。老人消渴，属肾虚者居多，“三消”症状多不典型，然而肾亏、气阴不足、阴阳两虚之证候则常有所见。他根据糖尿病阴亏阳亢、津涸热淫，久则阴阳俱虚的病机，合三消为一，以阴阳别之。简分为“阴虚型”、与“阴阳两虚”型。对老年患者的证治，取景岳“善补阴者，必于阳中求阴、则阴得阳升而泉源不竭”之意，并在补肾之中兼顾三消，又按久病入血酌加活血药。对气阴两虚而见肺胃燥热明显者，在益气养阴基础上重用石膏、黄连清泻肺胃之火。但他更常运用的还是生地、萸肉、桑椹子、麦冬、淮山、黄芪、当归之属。

6、医源性病证：老年人脏腑功能衰退、代谢缓慢、耐受力低，尤易产生各种医源性病证。他对前

来证治的病人，因人而异地作一些必要的指导，其中以运用抗菌素引起的纳食减退、肢软困倦、苔腻、恶心等反应最为常见。他在清理原发病之基础上，辅以化湿健脾，助运消积而获效。对有肝、肾功能异常或损害的患者，则在辨证施治基础上分别予疏理肝胆、清泄祛浊，兼以扶正活血、顺应其病因病机作适当调治，往往能取得一定效果。的确，中医对老年人因多病性需要中西医结合治疗，或因虚实挟杂需要整体调整，作为互相配合使用，发挥更大效益的一种治疗手段，有其很大的优越性。特别是治湿、疗虚、祛瘀方面。如湿蕴化热，病势缠绵不愈，给老年人于很大不利。此时，体现中医之长处的治湿疗法是关键，湿不去则热不清，湿去而热孤，体温顺势而下。在老年人手术后，化疗或抗严重感染期间，通常出现既有虚损挟瘀，又有湿阻的现象，这时的治湿可以作为其它疗法的辅助先行疗法，为补虚理瘀奠定基础，以利于采取综合整体治疗。

7、老年人溲便变化：由于老年人脏腑功能减弱、肠道传导无力，膀胱排空能力下降，常因便秘、小便失禁或滴沥不尽而苦恼异常。他根据《内经》"中气不足，溲便为之变"及"肾司二便"，肾之阴、阳虚损皆可影响司二便开合之功能。故常以重投黄芪，益气滋肾，或温润肾阳之法，使大便艰涩难下得以润通；小溲失禁者得以固涩；对老年前列腺肥大所致小溲滴沥不尽者，佐以活血行瘀而使其排尿能力得以改善。对肾阴虚者，他时予滋肾养阴药中少佐肉桂以助膀胱气化利小便之功，对肾阳虚极者，时入鹿角片等血肉有情之品补督脉之空虚，因督脉为"阳脉之海"，督脉充填，肾阳得助则利于肾司二便开合之功。

综前述，他以疗虚损、理血瘀之法为主，治疗老年人的各种疾患，对其它未作分述的病证，如以益气活血通络法治疗缺血性中风；以清热利湿行瘀法治疗老年男性易发病痛风；以温通活血法治疗老年人骨质增生、退行性病变腰腿痛、颈椎病等，均是在此基础上变通而成。另外，他还强调老年人虽有起病相对缓慢、适宜缓调微调图功，但对老年温病、老年伤寒，则宜尽早迅速控制，必要时采取中西医结合方法，因老年人反应性差，五液已涸，热邪极易内陷心营，化燥动风，使原本各脏已虚之候，急转直下，勉强维持的平衡状态与已衰退的脏器功能遭到破坏而出现恶性循环，导致亡阴或阳脱之证，使治疗极度困难棘手。故他治疗老年病证，贵在充分顾及老年人的生理病理特点，灵活掌握辨证施治，从根本上治疗疾病，从而达到防治、康复、延年之目的。

（潘智敏）

钟一棠　　治疗过敏性紫癜的经验

钟一棠老中医，系原宁波中医院院长，主任医师，在五十余年的临床实践中，对过敏性紫癜的治疗积累了丰富的经验。

钟氏认为，本病多系热毒内陷引起，但由于热毒侵犯的部位不同，个体反应的差异，因此，临床上可分下列四型进行辨证施治：

1、血热型

主症：起病突然，开始时有发热、微恶风寒等表证，继则出现广泛性的皮肤出血，紫癜如针尖或如片状，呈对称分布，多见于臀及下肢，色紫红，舌红，脉数或正常。有的病人可无其它体征，有的可伴有头痛、皮肤瘙痒、口燥、便秘等候。

病机：热毒内陷，损伤血络，使血渗脉外所致。

治则：清热解毒、凉血止血。

主方：水牛角汤，水牛角 30—60g，生地、鹿含草、仙鹤草各 15—30g，丹皮、赤芍各 9—12g，白茅根 30g，清甘草 3g。（自拟）

案例：应××，男，6 岁，住院号：65231

1980 年 2 月 15 日入院，患儿在本月初起发热、咳嗽，当地卫生所诊为"感冒"，经用"青、链"3 天，热退，咳嗽改善。后在面部发现"乌青块"，两下肢出现"红疹"而来就院。患儿面部虚肿，伴有大小不等 5—6 块紫癜。臀及两下肢散发许多大小不等紫癜，压之不褪色。眼结膜可见出血点。

大便隐血试验阳性。尿常规：蛋白（+），红细胞（+）强，白细胞少数，上皮少数。

入院诊断：(1)过敏性紫癜伴消化道出血。(2)紫癜性肾炎。

经用激素等治疗 21 天后效果不理想，于 3 月 6 日请中医会诊。诊见患儿臀部及两下肢密布大小不等紫癜，有的成片状瘀斑。盗汗，尿赤，精神软弱，舌质红，脉数。诊为：发斑（血热型）。治以清热解毒、凉血止血法。方用水牛角汤。处方：水牛角 30g（先煎），生地 15g，仙鹤草 15g，丹皮 9g，赤芍 9g，白茅根 30g，清甘草 3g。每天一剂。二天后盗汗止，尿转清，紫癜明显消退。六天后紫癜退净，皮色正常，精神转佳，苔脉正常，经尿检二次正常。于 3 月 13 日痊愈出院。

2、肺热型

主症：前额头痛，鼻塞，流清涕或黄涕，咽痛。皮肤病变同血热型。舌红或偏红，脉数或正常。

病机：鼻为肺之窍，咽喉为肺之门户，热毒之邪郁结于肺，故见鼻塞流黄涕咽痛。舌红，脉数为内有热候。肺合皮毛，热毒郁肺，血络受损，故见皮肤紫癜。

治则：清宣肺热、凉血止血。

主方：自拟清肺凉血汤。桑叶、杭菊、浙贝、苍耳子、丹参、赤芍各 9—12g，清甘草、薄荷各 3g，辛夷 6—9g，生地榆 15—30g。

案例：胡××，男，12 岁，住院号：65673。

1980 年 3 月 27 日第三次入院。患儿因患"过敏性紫癜"，近二个月反复发作。臀部及两下肢密

布"红疹",无痛痒感,常有前额头痛,咽痛,鼻塞,流黄涕。无发热、咳嗽等。发病前无特殊饮食史及用药史。

咽充血(+),鼻腔轻度充血,多分泌物。

X 线片见:左侧上颌窦炎。

入院诊断:(1)过敏性紫癜。(2)左侧上颌窦炎。

由于多用激素所致,面如满月、向心性肥胖。精神可。舌质红,脉数。诊为:发斑(肺热型),治以清宣肺热、凉血止血。方以清肺凉血汤。处方:桑叶、杭菊、浙贝、苍耳子、丹参、赤芍各 10g,清甘草、薄荷各 3g,辛夷 9g,生地榆 15g。嘱每天服生红枣 20 枚,一日一剂。4 月后紫癜全部消退。4 月 22 日又出现少量紫癜,继续服用原方,2 天后又退净。直至 5 月 11 日出院。

3、胃肠型

主症:皮肤病变同血热型。常有恶心,纳差,上腹不适,脐周及下腹作痛,大便溏薄或腹泻。舌质偏红,苔黄腻。脉滑数或正常。

病机:由于热毒郁结肠胃,使脾胃升降失司,运化失调,故见恶心,纳差,腹痛,便溏等症。脾主四肢及肌肉,热毒郁结,损伤血络,故见皮下紫癜等候。

治则:清肠泄热、凉血止血。

主方:葛根黄芩黄连汤加味(葛根 9—15g),黄芩、黄连、丹参、赤芍各 9—12g,清甘草 3g,生地榆、谷麦芽各 15—30g,滑石 15—20g)。

案例:茹××,男,35 岁,农民。住院号:65978。

1980 年 4 月 11 日入院,本月初发现两下肢散有红色小点,不痒,压之不褪色,约如芝麻大小,同时感脘腹不适,隐隐作痛。4 月 9 日皮疹臆渐增多,延涉臀及大腿。4 月 10 日两臂内侧也出现类似皮疹,并伴低热,脐周围隐痛,大便溏薄,两膝关节肿痛,行走不便,经验查诊断为"过敏性紫癜。"

经用激素等无效,5 月 14 日请钟氏会诊:该病人一个多月来紫癜反复发作,纳谷不香,脘腹隐痛,大便时溏。已用西药激素、中药犀角地黄汤等无效。舌质红,苔黄腻。诊为:发斑(胃肠型)。治以清肠泄热、凉血止血。方用葛根芩连汤加味。处方:葛根 15,黄芩、川连、丹皮、赤芍各 10g,清甘草 3g,生地榆、谷麦芽各 30g,滑石 20(包煎)。每日一剂。服上药以后第二天开始紫癜消退,一周后退净 12 天后曾见反复,腹痛、便溏等消化道症状又出现,继服药 5 天以后痊愈。

4、肾热型

主症:皮肤病变同血热型,常伴有神疲乏力,腰腿酸软,尿赤或肉眼血尿。舌红脉数。有的病人(特点是小病人)只有皮肤病变、肉眼或镜见血尿。

病机:热毒之邪郁结于肾,使肾阴暗耗,血络受损而致腰腿酸软,尿赤尿血。皮肤紫癜亦是热毒伤损血络所致。舌红、苔黄均为热候。

治则:清热滋肾、凉血止血。

主方:知柏地黄汤加减知母、黄柏、茯苓、丹皮、泽泻各 9—12g,生地、白茅根、荠菜花、鹿含草各 15—30g,淮山 12—15g。

案例:应××,男,49 岁,农民,住院号:65713。

1980 年 3 月 20 日,3 月 5 日因胸部外伤,服云南白药,外贴伤膏。3 月 9 日发现两下肢散在针尖大小红色皮疹,不痒,经用扑尔敏等好转。12 日吃酒、鸡肉等以后,当夜四肢布大小不等之红色皮疹,仍不发痒,无发热,但感腰酸,肉眼血尿。13 日来本院就诊。

入院检查:四肢密布大小不等红色斑点,压之不褪色。腰部有轻度叩击痛。

尿常规:蛋白+++,红细胞+++,白细胞少数,颗粒管型少数。

诊断为：过敏性紫癜，紫癜性肾炎。

住院17天，经用激素等治疗无效，而邀中医会诊。两下肢密布紫癜，压之不褪色。头晕，口燥，腰腿酸软无力，尿赤，有时肉眼血尿，舌偏红苔薄白，脉数。诊为：发斑（肾热型）。治以清热滋肾、凉血止血。以知柏地黄汤加减。处方：知母、黄柏、茯苓、丹皮、泽泻各10g，淮山12g，生地、白茅根、荠菜花、鹿含草各30g。每日一剂。4月8日加入蝉衣12g。4月13日加参三七3g。服中药第四天后紫癜消退。4月15日尿检为：蛋白微量，红细胞0—1，白细胞1—3。4月27日尿检正常，一般检查无异而痊愈出院。

钟氏认为，过敏性紫癜属祖国医学中"肌衄"、"发斑"范畴。热毒内陷是其根本，临床表现多属实证，有些病人在体征上虽无热象，但从紫癜颜色来看多为紫红，因此，在治疗上应以"清"为主，切勿乱投补剂，以免留邪于内而经久不愈。

除上述辨证施治外，也可适当加用具有抗过敏作用的中药，如蝉衣、紫背浮萍、蚕砂等。钟老还结合外地经验，除肠胃型外，对迁延日久的病人，嘱每天服用生红枣20枚，有一定疗效。

（王明如）

张子义　　临床辨治经验举隅

通癃闭从肝论治收捷效

刘××，女，79岁，家庭妇女。1991年3月8日初诊。患者素性抑郁易怒，每遇不快，无名火常上心头，欲发不得。2天前又因琐事而不悦，遂感小便不爽，点点滴滴。自因年高未介意，竟到涓滴不下，少腹胀满，急诊于西医，诊为"急性尿潴留"。服吡哌酸等药，毫无疗效。迫于无奈，行导尿术，稍得缓解，执意撤去导尿管，病仍如故。呻吟床第，举家难安。其婿与我素识，前邀出诊。刻下小便仍闭而不通。见患者神志清楚，表情痛苦，精神倦怠，面色少华，形瘦，言语尚清晰，呼吸略促，少腹部略膨隆胀气，两下肢无水肿。舌苔薄，舌质略红，脉沉弦。诊为肾气已亏，膀胱气化不利所致。遂宗济生肾气丸意，处方服一剂。

翌日，其婿告曰："非但小便不通，且少腹胀痛。"束手之际，求救于导师，导师详问病情，知病得之于生气，且素无特殊之疾。舌苔薄白，脉弦而小紧。病属癃闭。《灵枢·胀论》云："膀胱胀者，少腹满而气癃。"此证乃肝郁气滞、疏泄不及所致。亟当疏利气机，通利小便。处方：白芍20g，柴胡10g，沉香6g，乌药10g，香附10g，王不留行10g，当归10g，滑石10g，木通10g，石苇20g。水煎服，二剂。

三日后告曰："服药后，果如师言，一投之后，小便得通，服二剂后，其病霍然而消。"嗣后随访，未再复作。

按：耄期之年而患癃闭，多属虚证，或因脾虚，或因肾虚致气化不及州都而成。但导师认为，此例患者发病急，且发于恼怒之后，虽为高龄，也应虑及实证居多。郁怒伤肝，肝主疏泄，性喜条达，一有不舒，最易郁滞，疏泄之力不及，继而三焦气化不利，水道不通。李用粹在《证诓汇补·癃闭》篇中云："有肝经忿怒，气闭不通者"，即指此言。再者，肝经绕阴器抵少腹，一旦经气阻滞，累及膀胱气化，可发斯证。恰如《灵枢·经脉》所云："肝足厥阴之脉……是主肝所生病者……遗溺癃闭。"故患者发病之后，所见诸症，小便不通，少腹胀满。舌苔薄，脉象弦等，皆为肝失疏泄，气郁不达之明证。前人有"肝主小便"之说，不无道理。

审其因，寻其源，治之则有的放矢。宗经旨，"抑者散之"。以疏利为大法，速使气机通畅，俟大气一转，邪气得散。故药用白芍、柴胡、香附、沉香、乌药疏达肝气，直折病所。其沉香一药，性温而不燥，能行气而不伤气，老年气滞，用之无虞。配以当归，王不留行，降逆而行下焦之气血。其王不留行入足厥阴肝经，行而不住，走而不守，气味疏泄，功专通利。再以石苇、滑石、木通专利水道，甘草调和诸药。综观全方，功在疏肝调气，理顺气机，辨证精当，施治允洽病情，故郁结骤开，孤府畅通，州都启用。

治用水先其所因重清补

李××，女，20岁，农民。1992年2月24日初诊。患者于10天前，全身皮肤突然出现散在小疮疔，约豆粒大。于村中卫生室服脱敏消炎药，未效。继则微觉恶寒发热、恶心欲吐，疑"感冒"，服速效

感冒胶囊，亦无效。遂见面部浮肿，尤以两眼睑为甚，急来本院。经内科检查血常规：RBC(红细胞)4.5×10^{12}/L，HGB(血红蛋白)130g/L，WBC(白细胞)6.9×10^{9}/L，M(中性)70%，L(淋巴)30%。ECS(血沉)：55mm/h。尿常规：UP(蛋白)(+++)，RBC(红细胞)(++)，WBC(白细胞)(+)，EC(上皮细胞(+++)。诊断为“急性肾炎”。患者素闻导师之名，故前来求治。刻下，颜面浮肿较著，两下肢亦水肿，仍觉微恶寒发热，肢体乏力，纳谷不馨，大便尚正常，小便少，色赤。舌苔薄，质略红，脉象浮无力近数。病属风水。乃由邪毒内蕴，正气已虚，肺气失宣，脾失健运，肾气不固所致。急则治标，缓以图本。先予祛风散寒，宣肺利水法。处方：麻黄 10g，石膏 20g，桑白皮 15g，茯苓 15g，白茅根 20g，车前子 20g，苏叶 10g，甘草 10g。水煎服，一日一剂。

2 月 28 日二诊：服药四剂，恶寒发热消失，水肿略减，皮肤疖肿未退。药已中病，仍宗原法，减苏叶 10g，加白花蛇草 30g，半枝莲 30g，泽泻 10g。

3 月 5 日三诊：服上药四剂，颜面浮肿消退，但两足肿甚，皮肤疖肿未见有新生者。仍纳呆、乏力。查尿常规：UP(++)，WBC(+)，EC(+++)，颗粒管型少数。舌苔薄黄，脉象近数。风寒已除，肺气得通，然邪毒仍存，肿未全消，纳呆乏力皆脾虚之象。更张前法。予以清热解毒、健脾利水。处方：白花蛇草 30g，半枝莲 30g，蒲公英 30g，桑白皮 20g，大腹皮 15g，茯苓皮 30g，陈皮 10g，杏仁 10g，黄芪 30g，丹参 20g。

3 月 17 日四诊：服上方十剂，两足水肿已明显减轻，皮肤疖肿亦退，小便色清量亦增多。查尿常规：UP(++)，余皆正常。但近两天来，头痛、咽痛，咳嗽，全身无力加重。舌苔薄，脉象同前。药收显效，又感外邪，虽系微疾，不可等闲，为防他变，决意停服前药，易疏风清热，化痰止咳法作权宜计。处方：霜桑叶 30g，菊花 20g，杏仁 10g，连翘 10g，双花 20g，薄荷 6g，挂金灯 20g，桔红 10g。

3 月 20 日五诊：服上药三剂，咳平，头痛咽痛皆愈，两足水肿亦近消尽。查尿常规：UP(++)，RBC(+)，EC(++)。舌苔薄白，脉象趋沉弱。水肿虽消，蛋白未竭，为竟全功，拟清热利湿，健脾益肾法，稍佐活血化瘀之品。处方：白花蛇草 30g，半枝莲 30g，茅根 30g，车前子 20g，黄芪 30g，黄精 15g，山药 30g，桑螵蛸 20g，杜仲 15g，山萸肉 5g，益母草 20g，丹参 20g，三七粉 3g(冲服)。按上方出入调治至 4 月 2 日来院，查尿常规正常。查 ECS20mm/n。水肿未起，食欲大振。为固疗效，嘱其再服十剂，隔日一剂。并告其父，暂不宜参加劳动，仍需低盐饮食。至 4 月 15 日来院，复查尿常规仍正常。诸证悉愈，体力日增。后随访至个月中旬，三次查尿常规蛋白均阴性。

按：《素问·至真要大论》云：“必伏其所主，而先其所因。”明训所示，辨证求因之重要。本例患者病前之皮肤疮疖史，于起病至关重要。湿热毒邪内蕴，必耗正气。又适值壬申之年，木气太过，金必克之。《素问·五常政大论》云：“必先岁气，无伐天和”，不可不审。正气本虚，肺金又弱，《素问·评热病论》云：“邪之所凑，其气必虚。”一旦风邪外袭，肺先受累。肺主一身之表，外合皮毛，又为水之上源，肺气失宣，焉能通调水道，下输膀胱？故致风遏水阻，风水相搏，流溢肌肤，终至小便不利而为水肿。风性轻扬亲上，故水肿以颜而为著，邪在肌表，壅遏经隧，故见表证。舌苔脉象所见皆为邪在肺卫之征。

湿热毒邪蕴于内，久必困脾，致中焦不运，水无所制。可纳呆，可乏力，更为甚者尿少水肿。此乃《灵枢·口问》篇所云：“中气不足，溲便为之变。”

肾主蛰藏，五脏六腑之精皆藏于肾，肾气足则精气内守，疮疖毒邪内蕴，郁而生热，热为阳邪，性主开泄，肾受湿热熏灼，何谈统摄之权，何谈肾气之固。精关开多而阖少，故蛋白精微随小便而下。本病又有溲赤尿血之变，究其因，亦为疮肿毒邪所戕。一者郁热可直损肾络，血溢脉外，一者“诸痛痒疮皆属于心”，疮毒内攻，与心相合，心主血与小肠相表里，心热移于小肠面传膀胱，故血由溺道面出。

综观此例，唯审明主因，才可透过现象，认清本质。唯辨析详明，才能切中肯綮。喻嘉言云：“治

病必先识病，识病然后议药。”施治此证，原则上注重标本缓急与整体观点。治法上注重清补。病之初及治疗过程中的驱散表邪法皆为急则治标而设。健脾益肾乃治病求本法。而清热利湿解毒之法贯穿始终，一则祛邪务尽，一则取“久漏宜通”之意。临床观察选用白花蛇草、半枝莲、蒲公英、赤小豆、石苇等效果较好。其中白花蛇草、半枝莲，既能清热解毒又能利尿消肿，最适此证，尤堪常用，且量宜大，往往随湿热得清，尿血随愈。

本病后期，重在消除蛋白尿。药中常选用黄芪、白术、山药、黄精、桑螵蛸、五味子、山萸肉等。其中桑螵蛸一药尤值一提。《神农本草经读》云：此药能乘秋金之阴气，“使肺中之治节申其权，疏通五淋，利小便水道也。”再者其味咸甘，可入肾，补肾助阳，使肾得所养，以助膀胱气化；可入脾，益脾气而助健运。另者，《神农本草经百种录》云：“桑性最能续伤和血，螵蛸在桑者，亦得桑之性，故有养血逐瘀之功。”治疗本病，再配丹参、三七、益母草等确有相得益彰之妙，真可谓之一药三功。

（胡懿读）

陈伯咸　辨治病毒性肝炎特色

陈伯咸老师善于辨治病毒性肝炎。临证时，四诊合参，首重望诊和问诊，抓特异症状，辨证识病，定法论治，分清标本，扶正祛邪各分主次；"清"有节制，"补"有章法，"疏"贯始终，遣方用药流通轻灵，方症相合，丝丝入扣，很有特色。笔者侍诊陈老师左右，颇多体会，特介绍如下：

抓特异症状，辨证识病，首重望诊问诊

陈老师认为：病毒性肝炎的特异症状主要表现在黄疸，舌诊，二便形色，胁痛，腹胀，乏力上，通过望诊，问诊，仔细审辨，即能分清寒、热、虚、实及挟邪轻重。如察黄疸深如金黄色是热毒极盛，鲜明如枳桔色为湿热相搏，其中偏桔黄色为热重于湿，淡而鲜为湿重于热，黄色兼有散在红丝为湿兼瘀，如黄疸呈烟薰样黄灰褐色为寒湿。辨舌诊：舌红苔黄腻为湿热相搏之热重，舌红苔白腻为湿重于热，舌红苔黄燥为热毒炽盛，舌淡苔白滑为寒湿，舌红苔黄兼有瘀斑属湿热兼瘀。问大便：先硬后溏成糊状为湿热之热重，便溏呈湿烂状为湿热之湿重，呈糊状嗅味大为湿热挟食滞不化，干结色黑异臭为热毒，溏而灰黄无嗅为寒湿，时干时溏为肝郁气滞。问小便：深黄灼热为湿热之热重，色黄有热淋漓不畅为湿热中湿重，如浓茶状为热毒。问胁痛：胀痛为肝郁气滞，疼痛持续或烧灼样疼为肝胆郁热化火，刺痛样固定不移为气滞血瘀，两胁走窜痛为肝气横逆。诊腹胀：腹胀如鼓为肝郁气滞，腹胀绵绵属脾虚气滞，腹胀纳食后则剧为肝郁脾虚。问乏力：周身乏力，少气懒言为脾虚气弱；两膝酸软腰背隐痛，乏力，五心烦热为肝肾阴虚。以上各症在疾病的不同阶段，可数条一并出现，或以一条为主，其余兼而有之。陈老师根据以上表现，再结合其他四诊材料，结合病人，时间，环境的不同，辨证立法，此为其特色之一。

辨证分标本，扶正祛邪各分主次

《素问·标本病传论》谓："治有取标而得者，有取本而得者，……知标本者，万举万当，不知标本，是谓妄行。"病毒性肝炎临床往往表现为肝脾胃胆同病，甚或五脏俱病，阴阳失衡，气血逆乱，虚实夹杂，因此造成了临床症状多种多样，变化多端，陈老师认为，尽管症状表现迭出，病理变化繁杂，但依标本分析还是有规律可循的。他指出：做为病毒性肝炎，根据其病因病机，临床表现，肝，脾，肾，阴阳，气血虚损是病之本，湿热，瘀，痰，邪毒等兼夹证为病之标，由于正气虚而致邪毒内侵出现邪实，而邪毒内侵又导致正气更虚互为因果，故造成了虚实夹杂的格局。因此强调，治疗必须兼顾标本，以扶正祛邪为基本治疗大法。但任何疾病的过程都是在不断发展变化的，病毒性肝炎也不例外。陈老师善于在疾病的复杂表现中，全面分析疾病的正邪消长，正确区分标本先后，或以治本为主，或以治标为主，或在治本的基础上治标，或在治标的基础上护本。

治标兼顾本：急性病毒性肝炎，包括某些慢性肝炎急性发作，多为疫毒内伏，湿热蕴结相搏而发，开始即感头重身困，纳呆恶心，口苦咽干，或全身黄染，大便干燥，舌苔黄腻等，以邪实为其临床主要表现，急则治其标，当以祛邪为主。祛邪可有效地减轻湿热毒邪对脏器的损害，即邪去正自安。

陈老师强调：祛邪要给邪以出路，使邪有出处。治法如下：清肝利胆：有黄疸者以祛湿清热为主，多用茵陈，山栀，金钱草，银花，连翘，板蓝根等，无黄疸者以舒肝清热，理气化瘀为主，以柴胡，黄芩，赤芍，郁金，丹参等为首选。通腑泻热：湿热化火重用生大黄，芒硝，厚朴，枳实，山栀等使邪从大便而走。通利小便：凡小便色黄，灼热，淋漓，疼痛，多以木通，车前，滑石，竹叶，云苓，泽泻为用，使湿热从小便而解。陈老师告诫，祛邪之药，多为大苦大寒之品，过用必然伤正败胃，临床上常见到一些肝病患者长期大量使用清热解毒药以抗病毒，结果出现心慌，气短，乏力，纳呆，腹胀，便溏等症即是例证。清热解毒药虽可灭病毒，但正气不复能奈毒何？陈老师主张，治标祛邪，"清"要有节制，同时兼顾其本，以复正气。具体应用时，苦寒解毒，通腑泄热之品，中病即止，并在其治疗过程中，根据辨证情况，适当配伍疏养肝体，和中调气之品，以使邪祛而正复。

祛邪毒分轻重。病毒性肝炎以湿热之邪最为多见，其表现或湿重或热重，或湿热并重，临床必须详辨。陈老常常把舌诊和二便形色做为辨热重或湿重的主要指征。对于热重于湿者，多以茵陈清肝饮加减，常用茵陈，山栀，生大黄，银花，连翘，龙胆草，败酱草，赤芍，丹皮，枳实，郁金，陈皮，甘草等，生大黄用至便通即止。湿重于热者，治疗多以蒿芩清胆汤化裁，常用茵陈，金钱草，生薏仁，茯苓，碧玉散，冬瓜皮，黄芩，枳实，竹茹，半夏，陈皮等。例治孙某，男，64 岁，1990 年 6 月 14 日初诊，全身黄染，乏力，纳呆，腹胀，胁痛 5 天，消瘦，大便燥结，尿如浓茶，查体肝胁下 2cm，触痛，实验室查：ALT130"，TTT12"，II100"，苔黄厚腻质红，脉弦数，诊为急性黄疸性肝炎，证属邪毒内阻，湿热相搏，热重于湿，以清热利胆，利湿解毒为治（治标兼顾本），方药：茵陈，金钱草，银花，生薏仁各 30g，丹参，杭芍各 15g，山栀，连栀，连翘，陈皮，清半夏，炒枳壳，醋香附，郁金，云苓，生大黄（后入）各 10g，水煎服。服药 10 剂，患者黄疸明显消退，纳呆胁痛明显减轻，大便溏。上方生大黄减为 6g，继服 10 剂，乏力，纳呆，胁痛基本消失，大便调。查体肝脏胁下未及，巩膜轻度黄染，实验室检查 ALT，TTT 正常范围，II15，舌苔已化，脉细数，遂改方以逍遥散去姜，薄，加炒枳实，郁金，川楝子，元胡，黄芩，茵陈，丹参，服药 20 剂诸证皆消，各项化验均告正常。三个月后追访无复发。

治本兼治标：慢性病毒性肝炎初期，大多有四肢乏力，纳呆，泛恶，腹胀，胁痛等症，证属肝胃不和者居多，或木乘土位，以致渐见胁痛，腹胀，乏力，浮肿，便溏等肝脾不调之证，或子病及母，下及肾水，渐见腰酸，耳鸣，胁痛，手足心热等肝肾阴虚之证。其病机大多由腑及脏，由气涉血，由邪盛而渐至正虚，并以正虚为其主要表现。但由于脏腑，气血之间功能失调，邪毒轻重程度不一，仍以表现为虚实夹杂症候为多，其邪实多表现为湿热余邪未尽，或肝脾疏泄运化功能失调而生湿化热，因此治本必兼治标，在扶助正气时，兼顾祛邪。陈老师治疗此类病人，很注重权衡虚实寒热，缓急轻重，辨正气之盛衰，分邪气之多寡，或注重扶正，或从邪立法，或从宣化三焦水湿着手，对于恢复期和体虚的慢性肝炎患者虽多以补为主，但也反对峻补，以防壅滞，主张清补，使其补而不滞，并振奋脾胃机能。

陈老师在对慢性肝炎的扶正治疗中，很注重调理肝，脾，胃，认为肝之为病，脾亦运化受阻，脾运化失司，也必然影响肝的疏泄，使其肝脾同病。临床上，慢性肝炎病人也以表现为肝郁脾虚之证者为多。《金匮要略》："厥阴不治，求之阳明"，所以陈老师多采用疏肝，健脾，和中，调畅气血之法，并随症加以变化。他认为：疏肝既是调理肝气郁于本脏，又是调理由于肝失疏泄所致的肝脾不和，健脾既可防止肝病传脾，又可加强肝藏血及其疏泄功能，使其肝体得养，肝用得复。具体应用时陈老师强调要分清脾虚肝乘之的土虚木侮之候和肝强犯脾，脾胃失和之证。在共同具有纳呆，腹胀，胁痛的同时，乏力重，胁痛喜按，便溏，脉虚弦者为土虚木侮，应以健脾益气为主，佐以疏肝，治疗多用柴芍六君子汤化裁，两胁胀痛重，呕恶泛酸，大便时溏时秘，脉弦为肝强犯脾，应以疏肝为主，治疗多以逍遥散加减。例治李某，女，22 岁，1990 年 3 月 11 日初诊，患慢性乙型肝炎两年余，一个月来乏力加重，胁胀痛，纳呆，呕恶，便溏，溲赤，苔白腻，查体腹部叩鼓音，肝胁下 2cm，触痛，实验室检查 ALT109"，

TTT6u，HBSAg(+)，证属肝郁脾虚挟湿，以疏肝健脾，和中化浊为治(治本兼顾标)，方药：柴胡、黄芩、陈皮、清夏、云苓、川楝子、元胡、炒白术、竹茹各10g，白芍、丹参、冬瓜皮各15g，茵陈20g，生薏仁30g，此方出入服药30余剂，诸症明显减轻，肝功正常，HBSAg(+)，原方去冬瓜皮，加玫瑰花、郁金各10g，继服30余剂，诸症若失，HBSAg转阴，后又以原方加台参15g为丸药以缓图巩固，追访半年无复发。

遣方用药通灵为要，顺应病势缓图守方

用药通灵，是陈老师的一大特点。在治疗肝病中，陈老师处方用药很注意流通，轻灵，以顺乎肝脏之性。如在调理气机时，注意益气，行气，而不用峻烈破气之药。调血时，注意养血，活血，而不用攻瘀破血之品，以防克伐肝体。苦寒清热药，因症从之，谨防寒凝。辛燥之品不可过之以防伤血。对于一些涩敛粘腻药物如生龙骨、生牡蛎、熟地、五味子等非确有其症而不可擅用，以防郁滞。另外，陈老师在处方中很研究用药配伍使其刚柔相济，消补并行，如柴胡、白芍共同，疏肝养肝，润燥共济；白术、枳实共用，消补兼施；黄芪佐陈皮以防壅滞；川楝、元胡共同，气血双理。其他如枳壳、郁金、玫瑰花、代代花、鸡内金、丹参等，无不体现了以上特点。

陈老师辨治慢性肝炎的另一特色是善于守方。认为慢性肝炎由渐而来，发展缓慢，肝组织恢复需要一个长期过程，因此治疗宜缓图，不能急于求成，频繁换方。缓图可顺应病势发展，摸清疾病传变规律，守方可在辨证准确无误的情况下，用一个方路治疗，逐渐积累药效而起到明显治疗作用，陈老师在审证既确的情况下投方准，守方稳，往往收到显著效果。曾治一复杂肝炎患者，辨证为气虚血亏湿邪稽留，以柴芍六君子汤化裁治疗服药二百余剂而收全功，出入加减药仅有数味。

(李汉文)

胡毓恒　　痹源正虚湿为首　治拟驱湿靖痹汤

胡毓恒老师对中医"痹证"的论治颇具独识，自拟驱湿靖痹汤，随证加减，效果显著。

痹成于正虚受邪

痹证的内因是气血阴阳、脏腑功能的失调，同时与居处环境、营养状况、先天禀赋、饮食劳倦、妇女经产等因素有一定关系。人如果阴平阳秘，腠理致密，虽有大风疴毒不能为害，勇者气行则已。"邪之所凑，其气必虚"，弱者着而为病，阴虚于内，阳虚于外，营卫气血虚于经络脏腑，腠理空疏，玄府大开，风借寒凛冽之势，寒借风窜透之力，湿得风寒之能，相互掺揉，直袭肌肉关节，导致经气不畅，气血不通而病痹。痹缘于正虚。

痹证外因责之风寒湿热四邪或外伤。正如《素问·痹论》所云："风寒湿三气杂至，合而为痹"；"所谓痹者，各以其时重感于风寒湿之气也。"胡老师认为痹证之外因虽有风寒湿热四气之异，但是痹证日久不愈，从病邪的角度看，湖南地处亚热带，为湿润季风气候，炎热而多雨，天热下逼，地湿上蒸，潮湿而多闷热，民善病湿，多痹躄之疾。四气之中，风邪易外散，寒邪易温除，热邪易清解，唯湿邪难骤去。病因之根在湿，湿为主令，属阴邪，与风寒相合伤人营卫，湿从热化伤人气阴。临床上不论寒痹、热痹、风痹每必夹湿，无湿则风寒不能独为痹。湿遏气机而成瘀，湿浊久聚而成痰，痰瘀互结则痹痛缠绵难寥。所以邪气之中"湿"是一个重点，驱湿之法是治痹的通法。

痹证的病位主要在筋骨肌肉，病及肝、脾、肾三脏。盖脾主肌肉，运化水湿，脾虚则内湿肆虐作祟，且易招外湿侵入，同气相求之理，内外二湿相合，流淫肌肉经脉而见体重节肿，关节积液等症。肝主筋，肾主骨，筋骨关节皆赖肝肾精血濡养，方能骨节滑利，筋脉屈伸自如，若邪客筋骨，日久筋损伤肝，骨损伤肾，关节拘急掣痛，甚至强直变形、功能严重障碍。

久病入络、正虚邪实，则经脉不利而成瘀血，湿浊粘滞不去而成痰饮，痰瘀既成则关节肿胀、畸形，日久难复。

法舒筋活血祛湿

痹因正虚受邪而成，病邪之根在湿。筋脉不利，气血不通是其病理机转，故治疗当以气血为纲。胡老治痹善用益气活血舒筋祛湿之法，自拟驱湿靖痹汤，随证加减，往往获良效。药用：黄芪15－30g，当归10－15g，薏苡仁15－30g，防风10－15g，木瓜10－15g。基本方中黄芪益气健脾，利水湿行血滞、增强人体免疫机能而拒邪于鬼门之外；当归补血活血止痛，且温经散寒，药理研究证实有明显镇痛消炎作用，并寓"治风先治血，血行风自灭"之旨；苡米"性燥能除湿，味甘能入肺补脾，兼淡能渗泄，故主筋急拘挛不可屈伸及风湿痹，除筋骨邪气不仁"（《本草经疏》），药理研究证实镇痛作用与氨基比林相似，还有解热作用，为治疗慢性生痹痛之必用良药；木瓜舒筋活血、化湿和胃，治痹痛筋脉拘挛之常用要药；防风祛风散寒，胜湿止痛，"通治一切风邪，……诚风药中之首屈一指者矣"（《本草正义》），有解热提高痛阈的药理作用。

五药相组具有补益气血、活血通络、驱风散寒化湿，重在驱湿、通痹止痛之效。与痹证脏腑虚损气血为先，四气为患湿邪当令之病因，筋脉不利，气血闭阻之病理，丝丝入扣。该方行气血营卫三焦，通内外表里上下，使虚可补，邪可驱，气可散，血可行，食可消，痰可清，水可利，瘀可去。

痹证其成以渐，故去亦缓，治不可急功求成，而妄用攻伐杀手之剂，徒伤正而于事无济。故治疗要假以时日，方能收病愈于无形之功。痹证虚实夹杂，变证丛生，又必善于临证化裁，取水到渠成之效。

随病性病位加减

痹证的病性有风、寒、湿、热、痰、瘀之实，气血阴阳之虚；病位有四肢上下、腰、颈之别。胡老师临证注重在自拟方基础上根据病性、病位、病名的不同随证加减。

1、按病性加减

风气偏胜：要点为疼痛或呈放射样、闪电样、游走不定，上下左右无所留止。风寒选加麻黄、桂枝、杏仁；风湿加羌活、独活；风热选加忍冬藤、秦艽、僵蚕、丝瓜络。

寒气偏胜：痛有定处，疼痛如掣，宛如锥刺，状如虎咬，痛处发凉、昼轻夜重、夏缓冬甚。酌情加附子、麻黄、桂枝、细辛、川乌、草乌。

湿气偏胜：疼痛重着，固定不移，肌肤不仁，甚至关节肿胀。选加藿香、佩兰、萆薢、苍术、木防己。

热邪偏胜：多为湿从热化或寒结日久化热而来，由外热直接致病者少见。可见肢节热痛，关节红肿灼热。酌加知母、黄柏、黄芩、豨莶草、忍冬藤、石膏、土茯苓。

夹痰者，要点是疼痛往往局限，麻木重着或皮下、关节部位肿胀或见结节。可酌加半夏、南星、地龙、陈皮。

夹瘀者，要点为痛如针刺刀割，活动后减轻，痛处不移，局部皮色紫暗，或关节畸形，肌肤甲错。必加元胡，酌选桃仁、红花、川芎、丹参、鸡血藤、乳香、没药。

气虚：加用四君子汤。

血虚：酌情加熟地、生地、白芍、黄精、鸡血藤。

阳虚：酌情加淫羊藿、锁阳、附子、菟丝子、鹿角霜。

阴虚：加用桑寄生、龟版、枣皮、熟地、枸杞。

2、按病位加减

胡老师将人体自腰分为上下二部分。认为上部之痹以风邪相对偏胜，喜根据病性分别选加羌活、桂枝、桑枝、片姜黄、葛根。下半部痹痛，肾虚为主，湿邪为重，寒、痰、瘀为多，往往虚实夹杂，根据病性选药外，通加独活、寄生、续断、川牛膝。

3、按病用药

中医“痹证”所含西医疾病颇多，最常见的为风湿性关节炎、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎，退行性骨关节病，坐骨神经痛，痛风性关节炎以及一些结缔组织疾病等等。胡老师努力探索西医的病与中医辨证用药的联系和疗效，针对不同的病在驱湿靖痹汤辨证加减的基础上，加用专病有效药物。对慢性风湿性关节炎，从脾肾入手，喜加苓桂术甘汤、党参、淮山。退行性骨关节病重在肝肾，喜用骨碎补、鹿含草；颈椎骨质增生者再加葛根、桂枝、赤芍；腰椎骨质增生者再加续断、杜仲、补骨脂；膝关节骨质增生者再加牛膝、独活。痛风性关节炎喜加土茯苓、萆薢、木通来降低尿酸。类风湿性关节炎喜加露蜂房、乌梢蛇。坐骨神经痛重用白芍滋肝柔筋。强直性脊柱炎重在补益肝肾通督脉，常用鹿角霜、鹿胶、狗脊。

典型病案举例

周某，男，17岁，1968年3月24日初诊。

患"类风湿性关节炎"4年，服中西药物治疗效果不佳而来求治。症见双膝关节，双足跟，左足中、小趾关节、左手中指末节关节肿大变形，第九胸椎至骶骨肿痛，脊柱弯驼强直，行走困难，疼痛重胀如锥，脉弦紧，舌苔薄白。X线摄片示各关节呈类风湿样改变，血沉40mm/h，类风湿因子测定阳性。胡老师认为乃营卫虚疏，风寒湿邪乘虚侵入，筋骨脉络痹阻，治以祛风化湿，舒筋治血止痛。药用：防风10g，苡米15g，木瓜15g，黄芪20g，当归10g，牛膝12g，威灵仙12g，松节12g，秦艽10g，蚕砂15g。服药13天疼痛减轻，但时发剧痛，寒气偏胜，原方去松节、秦艽、蚕砂，加附子6g，制草乌6g，麻黄5g，桂枝10g，白术10g，白芍10g，甘草4g，知母10g，服药约50剂，除膝关节、足跟外其他关节肿痛消失，行走大有改善，观其舌苔微黄，脉略数，似有化热之势，更方黄芪20g，当归10g，木瓜15g，防风10g，苡米30，萆薢10g，地龙8g，蚕砂12g，木防已10g，川牛膝10g，秦艽10g。连续服50帖，肢体各关节肿痛消失，步履正常，血沉17mm/h，类风湿因子测定阴性，临床治愈。

黄某，女，55岁，干部，住院号10084。

因腰痛，右下肢疼痛4月，于1992年5月6日入院。于今年1月持重物不慎引起腰痛，右下肢疼痛，经X线摄片和CT检查确认为"腰1－2、2－3椎间盘脱出症"，"右侧坐骨神经痛"。虽经中西药物、理疗、按摩、牵引等治疗数月无效而来我院治疗。症见腰痛如针刺，不能前俯转侧，右下肢酸麻胀痛直至足跟，尤以股大肌外侧和腓肠肌为甚，行走跛形，伴口干口苦喜热饮，五心烦热，小便黄，脉细，舌苔薄黄。体查：腰1—4椎部位压痛，右环跳穴、委中、承山穴明显压痛。此乃外伤损伤筋骨、气血痹阻，日久化热，湿热蕴结之证。治当舒筋活血祛湿清热。黄芪10g，当归10g，防风10g，苡米30g，木瓜15g，槟榔10g，川牛膝12g，杜仲12g，元胡10g，知母10g，黄柏10g，白芍40克。服药7天痛减，31天则腰腿痛完全缓解，行走如常，满意出院。

（刘顺安）

徐景藩　对残胃炎的诊疗要点

残胃炎是指胃部手术后所产生的消化道并发症，其中尤以残窦综合征、吻合口溃疡、胃切除后胆汁返流性胃炎发生率最高。临床主要表现为上腹部胀痛、呕苦吞酸、嗳气嘈杂、食欲不振、消瘦乏力等症。多年来一直是中、西医临床重点研究治疗的病症之一。江苏省著名内科脾胃病学专家徐景藩教授，积数十年之临床经验，通过大量病例的系统观察、潜心探索研究其内在病机，拟订出独特的、符合病机特点的治疗方药。

徐老师认为，各种原因行胃大部切作术后，残胃容量缩小，胃的磨化及腐熟功能随之衰减，患者的饮食亦呈不同程度的减少，人体气血生化之源不足。所以，中虚气血不足是本病的基本病机。由于肝之"余气"——胆液可以上逆入胃，造成肝气横逆犯胃、气机升降失常，胃气不降而上逆，所以呕恶、噫嗳、吞酸。故此，在中虚的基础上，肝失疏泄、胃失和降、胆液逆行也是本病的主要病机。此外，手术损伤组织，脉络难免有留血。留血为瘀，影响气化功能，又常导致气滞血瘀。

针对证候表现及病理特点，治疗大法主要有四，即益气和胃，利胆疏泄、化瘀泄热、化湿消积等，根据病情，随证用药。如中虚胃弱为主者，用益气和胃法；胆胃不和为主者，用利胆疏泄法；郁热瘀滞为主者，用化瘀泄热法；湿食积滞为主者，又常用化湿消积法施治。

方药辨析

徐老师从多年临床实践中总结经验，自拟方"残胃饮"。方中药物为炒白术、炒枳壳、炒白芍、制香附、五灵脂、石见穿、刀豆壳、柿蒂等。每日一剂，二次煎服，根据病证，酌情加减。方中白术甘苦，有补益脾胃、燥湿和中之功，白芍苦酸，入肝脾经，与白术同用，既能补脾益胃，亦且缓急止痛，养血柔肝，使柴胡、香附等疏肝抑木之品不致有损胃气。枳壳下气行滞而消痞胀，与白术并用，寓通于补，通补兼施。五灵脂通行血络，散瘀定痛，与香附同用则气血兼行，通达气滞而行瘀活络。石见穿清郁热而行瘀醒胃，刀豆壳、柿蒂和胃降逆下气。方中药虽不多，但却集益胃健脾、疏利消瘀、通补兼施为一体，配伍精当、谨扣病机。其中石见穿一药，是徐老师诊治胃病常用之药，认为该药性平味微辛苦，具有良好的活血止痛效果，对慢性胃炎胃粘膜的病理炎症改善有其独特的疗效，同时亦有抗癌作用。

临床凡残胃炎症具有胃脘痞胀、隐痛、口苦、呕恶，饮食减少，体倦乏力等症状者，为上方之适应症，以残胃饮为主方，随证加减，一个月为一疗程，可根据病情服用1～3疗程。根据临床观察，中药疗效与胃次全切除的手术方式有一定的关系，往往毕氏Ⅰ式胃切除术优于毕氏Ⅱ式手术者。

根据徐老师历年的临床经验，在药物治疗的同时，应该嘱咐病人（及其家属），务使患者做到慎饮食起居，胃部注意保暖，即使在夏季，午憩及晚间睡眠时，上腹部也要加盖一些布类或毛巾被等。由于残胃已经丧失幽门的特点而致胆汁返流，卧床时头及上背部略垫高，尽量多向左侧卧。白天服药后应坐憩或睡卧片刻，利于药物在残胃中藉胃气以行药力。

诊案举例：

秦某，女，53岁，文教干部。因十二指肠球部溃疡反复出血，于1991年2月作胃次全切除术(毕氏I式)。后因并发胆汁返流性胃炎，经多方治疗数月少效，不堪痛苦。遂于当年9月14日来诊。

初诊：胃脘痞胀，多食则恶心呕吐，近两月来，胃痛必甚于子夜，口苦泛酸，食欲不振，清瘦面黄，舌苔薄黄微腻，舌质偏暗紫，脉象细弦。辨证分析，乃属中虚气滞、瘀阻胃络。治宜疏肝和胃，化瘀泄热为先，以残胃饮加减。炒白术10g，炒枳壳10g，炒白芍15g，川连2g，淡吴萸2g，五灵脂5g，石见穿15g，制香附10g，刀豆壳10g，柿蒂10g，炒麦芽20g。

二诊：服上方五剂，药后胀痛减轻，泛酸亦少，但口苦，仍有恶心欲呕感，苔脉如前。瘀热未清，胃气未和，前法佐以化湿消积。药如：炒白术10g，炒枳壳10g，炒白芍15g，川连2g，淡吴萸2g，五灵脂5g，石见穿15，刀豆壳10g，柿蒂10g，姜半夏6g，蒲公英15g，炙内金10g。

经残胃饮加减治疗2个疗程，约2个月左右。患者症状基本消失，食欲增进，体重增加2.3公斤。其后常以该方为主，增入补益脾胃、调养气血之品，以资巩固。

(刘沈林)

谢昌仁　夏用热药　冬用寒药

医者治病，有从治逆治；若对时病，则当因人，因时，因地制宜。《黄帝内经·素问》曰："医之治病也，一病而治各不同。"所谓"春气温，宜用凉；夏气热，宜用寒；秋气凉，宜用温；冬气寒，宜用热"等等，是为常法。然时气、病气又皆有常有变，知其常，当通其变，知其变，当通其常，切不宜胶柱鼓瑟；此辨证施治之精髓。谢师治时病，谨循古训，寒之热之，温之凉之，因人因证而异，是以发现夏用热药，冬用寒药之例实不罕见：若炎炎酷暑，温燥药如藿佩香砂，甚至姜附之类；数九寒冬，寒凉药如银翘栀芩等等，屡屡施用且效若桴鼓。由此可知，辨证施治，因人制宜，在时病治疗中颇为重要。

夏用热药案

案一、伤暑

刘某，农民，30 岁，1974 年夏初诊。

发热二日，乡医投以凉药，寒热未退，头痛身楚，无汗胸闷，呻吟不已。观其舌苔，淡白根厚，察其脉象，浮紧有力。认系感受阴暑，表寒外束，肌腠失疏；前医误以凉药，邪反受遏。经曰："体若燔炭，汗出而散"。方用辛温解表。

荆芥、防风、豆卷、香薷、藿香、杏仁、前胡、桔梗、陈皮、姜夏、枳壳、六曲

服药一剂，遍身汗出，寒热退，头身痛轻；再服即瘥。

案二、暑泻

唐某，女，护士，1977 年夏初诊。

昨夜轮值夜班，先食夜餐，继而进西瓜数片，夜间又复受凉，清晨突感胸闷，脘腹搅杂，呕吐数次，初为食物，继为清水；肠鸣腹痛，大便稀泄四次；形寒肢冷，苔白脉濡。乃暑浊夹滞，胃肠不和。方用芳香温中之剂。

即服纯阳正气丸，半支，日二次。

藿香、佩兰、郁金、砂仁、陈皮、姜夏、茯苓、六曲、附片、炮姜炭。二剂。药后吐泻止，胸畅思食。

案三、吐泻

巫妪，80 岁，就诊于 1985 年夏。

八旬老妪，双目失明，昨晚因进馊食，一夜胃脘嘈杂胀痛，泛泛欲呕而不能出，频频欲圊但不得解，呻吟不已；苔灰白而腻，脉沉小滞滑。此系暑天饮食不洁，湿浊内困，暑湿互结，清浊相干，乱于脾胃。方用芳香泄浊之剂。

即服玉枢丹一支

藿香、苏梗、佩兰、郁金、姜汁炒川连、吴萸、蔻仁、枳壳、焦楂、六曲、生姜。二剂。

药后移时呕吐止烦除，脘宇不胀，大便亦通。

案四、暑痢

高某，男，饲养员，1979 年夏就诊。

家境素贫困，卫生条件差。下利三日，滑脱不禁，四末不温，体温不升，面垢冷汗出，苔白脉沉小。乃因感受暑湿，中阳受遏，脾胃运化失调；势有虚脱之虞。治以温运。

太子参、附片、炒苍白术、炙草、炮姜炭、木香、炒川连、米泔煨葛根、藿梗、砂仁、茯苓，二剂。

复诊：药后下利次数显著减少，体温复升，四末转暖，能进米汤，苔薄白。暑湿夹滞渐化，中阳得运，已脱险境。方用祛暑化湿理肠导滞，以清余邪。

藿梗、青陈皮、姜夏、木香、炒川连、炒山楂、焦六曲、砂仁、炮姜、炒枳壳，三付。

三诊：大便转畅，已见黄粪，未有粘液，知饥思食。体元稍复，脾胃之气未和，以六君、香连加味，以善其后。

按：《折肱漫录·治病不可拘执于五运六气》论曰："窃谓治病者，得是说而存之，用药时稍有照顾。……若胶柱鼓瑟，而斤斤株守，恐反多窒碍而致误，矧原有舍时从症之训，则不可违症以从时也明矣。"经虽有"必先岁气，无伐天和"之说，以为夏不可用热药，冬不可用寒药，春不可助木，秋不可助金，临证却不可拘泥。如上述四案，皆复用热药之例，其故何也？一者，夏暑之时，暑多挟湿，或贪凉饮冷，伤及脾胃之阳，故每见阴暑、吐泻等症；诚如张介宾曰："然暑热逼人者，畏而可避，可避则犯之者少；阴寒袭人者，快而莫知，莫知则犯之者多，故凡有病暑者，阳暑多不见，而阴暑居其八九"。二者，夏令用药，多苦寒泄热之品，数用之，常可损及阳气。江诚氏即谓"今人治暑不别阴阳，一见发烧，遂投凉药，则害人匪浅矣"。三者，禀赋有强弱不同，素质有阴阳偏盛；张氏介宾有"夏令本热而伏阴在内，故每多中寒"之说。是故，夏用热药医者不可不知。若夏月贪寒伤暑，当辛温解表，荆防香薷之类照用，如病案一；倘饮冷不慎，导致吐泻，则需温运中阳，可选香砂藿佩，甚至姜附之类，不必惧其温燥，从病案二、三、四可见其效；更有阳虚受暑者，见汗泄、怯寒、气短诸症，而用李氏清暑益气汤，甘温补中，益气解暑。所以然也，乃"寒、热、温、凉，有一定之药，无一定之治。……故有正用，亦有反用，有独用，又有兼用，并有活用，借用之不同。"(《医醇胜义·四家异同》)全在"舍时从症"明察秋毫，不可执一。

冬用寒药案

案五、喉痛

余某，男，1987年冬初诊。

时交数九，喉痛三日，咽关上腭焮红，伴有咳嗽，痰少；苔中根黄。此冬令感受风热，痰伏于肺，外寒内热之症，拟方清宣化痰。

桑叶、薄荷、牛子、杏仁、桔梗、甘草、连翘、浙贝、赤芍、僵蚕、全瓜蒌。

药后喉痛瘥，咳嗽止。

案六、牙龈肿痛

王××，男，1989年冬初诊。

牙龈肿痛，三日未减；究其饮食起居，严冬之季，常食辛辣火锅，且大便干结，解而不畅；舌苔黄厚，口有浊味，脉象滑实。乃积热夹滞互结，胃火上炎，方用清胃通腑。

银花、连翘、鸡苏散、竹叶、细生地、丹皮、赤芍、浙贝、玄明粉、大黄。

药后大便稀泄四次，肿消痛止。

案七、风温

江浦李某，驾船运输为业。时隆冬，寒颤高热已三天，伴咳嗽胸痛。当地医生投以辛温解表之剂而症情不减，遂邀谢师诊治。详询患者，值此寒冬仍在江上作业，感受表寒不假；但观其苔，淡黄而舌红降，脉滑数，内有痰热之象显见，此寒包火症是也，不宜辛温而当以辛凉平剂清宣之。

银花、连翘、薄荷、荆芥、杏仁、豆豉、牛子、桔梗、甘草、竹叶、浙贝、冬瓜仁。

复诊：服上药二贴，寒平热降，咳嗽亦减，胸微痛。表邪未尽，痰热伏肺未清。方用银翘散、苇茎汤合参。

银花、连翘、鸡苏散、桑叶、杏仁、冬瓜仁、生苡仁、桃仁、炒芩、浙贝、芦根。

三诊：上药连服五剂，热平咳轻，诸证悉减。

上方去鸡苏散，加南沙参，以肃余邪。

按：冬令本寒，而见热证，其要有三：一者，天寒地冻之时，人多围炉烤火，或进食辛热以助御寒；二者，医者投药，常喜辛温，以求祛寒邪而温肺卫，孰知留温燥化热之弊，三者，禀赋阳盛，感邪即易化热，故有"冬令本寒，而伏阳在内，故每多内热"之说。又冬寒之季，腠理密闭，阳气内伏，即经所谓"春生、夏长、秋收、冬藏"，形成外寒内热之"寒包火"证。是以冬令之病，感寒者为其常，而外寒内热乃常中之变矣。

《类证治裁》曰："何谓表寒里热？如两感热证……三阳为寒，三阴已成热证，岂非表寒而里热乎？亦有火郁在内，更加外感于寒，亦为表寒里热之候；又有火亢已极，反兼水化，内热闭结而外有恶寒之状者，表似寒而里实热，误投热剂，下咽即败矣。"此说阐述了表寒里热的成因。而当此之际，虽为寒冬，亦照用寒药，如《本草经疏》所说："并证重舍时，时重舍证"，方可达药对其证之功效。

点滴体会

祖国医学的治则，强调三因制宜；时病治疗，尤重因时制宜，所谓"时必顺之"。然"善言运气者，随机观变，方得古人未发之旨"。早在《素问》中即有"其犯者何如，天时反时，则可依时，以平为期，而不可过"；且有"热因热用，寒因寒用"之说；更云"逆者正治，从者反治，……必伏其所主，而先其所因，……可使天和，可使必已。"由此可见，冬用寒药，夏用热药，既为临床所行之有效，又有其确切的理论依据，亦即"病有是证，证有是药，各有司存，不相越也。"

当然，夏用热药，必有阴寒之病征、病因，若阴暑，若寒湿吐泻，若过食生冷，或因热贪凉等等；冬用寒药，则必有伏热内郁之征象，如寒包火症，如寒化热症；更兼非其时而有其气者，如夏本当热而气凉，冬本当寒而气温，不可不知。《医醇賸义》云："若应热反凉，病随时病，施治尤贵圆通。至久晴久雨，燥湿异宜，临证更宜留心，不可概执常例。"谢志深悟此理，临床颇多验案，从一个侧面反映了时病治疗的原则：三因制宜，知常达变，通其活法，融会贯通；堪为后学效法。

（张钟爱）

王玉玲　　遣方用药经验举隅

王玉玲老中医业医60余载，学验俱丰，今摘录整理数案于后，以窥一斑。

治痿舍取阳阴　清燥救肺获效

案一：仲×，男，5岁。1982年6月12日初诊。患儿于初夏患上呼吸道感染，经治向愈。但渐觉下肢无力，继而上肢亦觉痿软无力，以致手不能持筷，足不能步履，遂住某医院治疗。二日后突然呼吸急促，吞咽困难。西医诊断为"急性感染性多发性神经根炎"。病情危急，赖吸氧及输液维持，遂邀王师会诊。诊见：神志昏蒙，呼吸急促，喉中有痰鸣声，吞咽困难，四肢痿软无力，上肢尤甚，尿黄，舌红苔薄少，脉细。审系中医痿证，治取扶正祛邪。清燥救肺汤加减。

西洋参10g，麦冬10g，杏仁10g，生石膏30g(先煎)，霜叶6g，制杷叶10g(布包)。

上药浓煎一剂，经鼻饲管频频喂服，药后气急显减，喉中仍有痰声。治宗前法加川贝母6g，鲜芦根30g(去节洗柏)。继进二剂，神清气平，去除吸氧，吞咽好转，能进稀粥，四肢已能活动。肺热渐清，阴虚未复，然病已脱险，再予前法加减调理而愈。

体会：本例患儿因感受温热之邪，肺气失于清肃，肺热上蒸为咽喉壅痹塞，吞咽困难，呼吸障碍；邪火炼液为痰，故喉中痰鸣；肺热耗伤阴液，以致筋脉失养，四肢痿软无力。诚如《素问·痿论》所谓："肺热叶焦，则皮毛虚弱薄着，着则生痿躄也。"前哲治痿多从阳明着手，而王师，用清燥救肺者，因其痿症偏重于上故也。方中西洋参、麦冬、芦根益气养阴润燥；石膏大清肺胃之热，桑叶、杏仁、杷叶、川贝清肺降气化痰。诸药共伍，旨在清肺热以润燥，迅速恢复肺脏被耗之阴液。肺气降，痰热除，则宣肃有常；气阴复，百脉养，则痿躄自愈。

止泻顾护脾阴　健脾利湿收功

案二：谢×，女，2岁。1974年7月15日初诊。产后母乳不足，喂养不当，时值夏月，感受暑湿致泻，每日泻蛋花样便20余次，时作腹痛，不思纳谷，住某医院经输液给药多日未止。儿体渐瘦，遂求治于王师。诊见：面色㿠白，精神萎靡，口渴溲少，舌淡苔薄，脉软弱沉细。考虑腹泻多日，脾气必伤，泻多水份，阴液必耗。治以健脾养阴利湿止泻。淮山药20g，苡仁15g，茯苓10g，扁豆10g。共研细末，开水调服，分四次一日服完。药后便次减半，继予原方二剂，泻止神安，渐能进食，原方少加谷麦芽醒脾和胃，调理而愈。体会：小儿脾虚泄泻，一般脾阳虚治疗尚易，脾阴虚则措手较难，五苓虑其利，理中惧其温，如何用药，颇费踌躇。王师认为，近贤张锡纯氏用薯蓣薏苡汤治泄泻小便不利之经验，可资借鉴，遂选用味甘性平，健脾利湿之山药、苡仁、扁豆、茯苓四药，功在利湿而不伤阴，健脾而能止泻。特别山药一味，滋益脾阴，效力尤强，脾虚久泻伤阴者，投之每获良效。

口疮主用清泄　上病下取迅愈

案三：曹×，女，19个月。1991年10月21日初诊。诊见：患儿唇舌生疮，口角流涎，拒食，腹胀，

大便二日未解，小便黄，舌红苔薄腻，体温 38.5℃（肛）。证系口疮。治以清心泄热。

银花 10g，连翘 10g，川连 1.5g，生地 10g，木通 5g，甘草梢 2g，川军 6g（后下），竹叶 10 片。另以锡类散外搽。药服二剂，身热尽退，口疮告愈。

体会：口疮是儿科常见疾病之一。王师认为，口疮一症，所见实证居多，虚者极少。诚如《婴童百问》云："口疮他候，乃小儿血气盛，兼将养过温，心脏积热，熏蒸于上焦，故成口疮也。"《幼幼集成》谓："胎禀本厚，养育过温，心脾积热，熏蒸于上。"故清泄心脾积热实为治疗口疮之要务。药用导赤，意在引心火从小便而出，用大黄者，功能通下，有泄热荡实，釜底抽薪之妙。此乃上病下取之法，用治口疮，常获立竿见影之效。

救危温阳通腑　二便通利脱险

案四：陈×，男，患儿初生 32 小时，二便不通，于 1984 年 5 月 21 日来诊。诊见：腹胀，啼闹不宁，睾丸肿亮，前后阴窍检查未见异常，舌红苔薄白。患儿初生，二便不通，症势甚危，急予温阳通腑以救之。

肉桂 1g，生大黄 2g，木通 3g。开水泡，频频喂服。一剂后二便得通，惟量不多，腹胀啼闹均减，继予原方去木通加茯苓 5g，二剂而瘥。

体会：本例患儿系早产，先天不足，膀胱气化不利，故小便癃闭；胎毒内甚，腑气不通，则腹胀便秘。早产之儿，二便不通，症势险重，若不尽快通解二便，后果不堪设想。王师认为肉桂性温助阳，可助肾膀胱气化而利小便，大黄苦寒下泄，功能通腑解毒。一寒一温，既和阴阳，又能相互制约。佐茯苓、木通可健脾利水。服药后二便畅通，肿消胀减，神色好转，出险入夷，可谓幸矣。

（钱松本）

董漱六　三例重危昏迷病人治验案

董漱六老师善治内科疑难杂病，临床经验丰富，今介绍其治愈昏迷病人三例如下：

一、肝昏迷验案：

曹某，男，48岁，住院号77－4910。

简病史：患者有肝炎史16年，1977年11月24日因肝硬化门脉高压，脾功能亢进、食道静脉曲张破裂出血而入院。第二天行脾切除术，术后昏迷不醒，一度好转，于12月7日又突然昏迷，狂躁不省人事，病情恶化，而邀董老师会诊。

初诊：患者神志不清，牙关紧闭，身热狂躁，手足颤动，口唇干燥，腹胀便结，舌质深绛苔薄而干，脉弦数鼓指。证属瘀热内蕴，热入营血，热灼心包，肝风暗动所致。病势危笃，勉从清营泄热，凉血清心解毒立法，先拟神犀丹1粒，研末分次送服。

二诊：药后神志渐清，牙关已开，手足颤动渐止，烦躁好转，大便通而不畅，身热头痛，口渴，舌红绛苔干黄，脉弦数不静。症势未定，慎防骤变，再从前法，汤丸并进：广犀角3g，鲜生地30g，鲜石斛15g，辰麦冬9g，玄参12g，银花12g，朱连翘9g，生石膏30g(先煎)，知母9g，竹叶9g，生军9g，板蓝根15g，鲜芦根30g，两剂。此外神犀丹2粒，日服1粒，分2次服。鲜竹沥2支，日服1支。

三诊：神志已清，答问切题，心烦口渴，大便仍干，夜寐稍安，腹胀，小溲短赤，舌红绛苔薄黄，脉弦细数。阴津内伤，郁热犹重，伏邪殊深，再拟原法化裁：广犀角2.4g，生地12g，鲜石斛15g，北沙参9g，辰麦冬9g，丹皮9g，赤白芍各9g，银花12g，朱连翘9g，知母9g，淡竹叶9g，朱茯苓12g，活芦根30g，两剂，另予抗热牛黄散4支，日服2支，鲜竹沥2支，日服1支。

四诊：神清，口渴心烦减轻，夜寐易醒，腹胀纳少，溲短便结，舌红绛已淡中裂苔黄，脉数。阴津初复，内热仍重。肝脾合病，水湿内生，再拟清营泄热，佐以行气化湿导滞：上方去北沙参、银翘、知母、竹叶、芦根，加泽泻9g，枳壳9g，蒌麻仁各12g，商陆根15g，黑白丑各4.5g，腹水草15g，三剂，另予牛黄清心液3支，日服1支。

五诊：药后大便日行而干，腹部仍膨胀，小溲少，纳可，寐欠酣，舌红绛，苔少中裂，脉细小数。再拟育阴泄热，通利二便：广犀角1.5g，生地12g，鲜石斛12g，川连1.5g，竹叶9g，木通4.5g，猪云苓各12g，黑白丑各4.5g(冲)、商陆根15g，陈葫芦30g，三剂。另予牛黄清心液3支，日服1支。

六诊：大便畅通，小溲增，腹胀随减，食欲增，精神渐振，口干口苦，夜寐欠佳，舌红绛较淡，苔少中裂，脉细小数。阴津久伤，郁热未尽，胃肠湿浊步化，传导功能初复。再拟滋阴泄热，佐以理气导滞：广犀角1.5g，北沙参12g，麦冬9g，元参12g，川石斛12g，猪云苓各9g，泽泻9g，阿胶12g(烊冲)，川连1.5g，枳壳4.5g，大腹皮12g，焦曲12g，车前子12g(包)。四剂，另鲜芦根每日2支，煎水代茶饮。药后症状继续改善，精神日振，纳谷渐增，再予原方加减，调理而愈。

按：本例在术后再度昏迷时会诊，病情十分险恶。证属热极伤营入血，心神受扰，肝风内动，大有阴竭动血之势，单用神犀丹清营泄热，凉血解毒以冀弋获。待神志渐清，即以清营汤合竹叶石膏汤以清营泄热，凉血解毒，并用抗热牛黄散，牛黄清心片以清心泄热，涤痰启窍以防逆变而再度昏迷，这

是本案之关键。继之辅以攻水逐邪以治腹水，育阴培本以固疗效，病愈出院。

二、脑炎昏迷案：

费某，男，40 岁，住院号 77－196。

简病史：患者于 1977 年 1 月 6 日自觉身体不适，反应迟钝。9 日神倦嗜睡，呵欠频繁，神志呆滞，沉默寡言。10 日精神疲乏，似睡非睡，语言错乱，答非所问，衣裤错穿。12 日病势加重，高热、手足颤抖，经某院神经科及脑电图检查，诊断为病毒性脑炎而收入病房。入院时呈半昏迷状态，手足抽搐，不合作，故脑脊液未检。14 日进入全昏迷，颈项及四肢强直，高热无汗，白细胞 17500/mm³，中性 91%。1 月 15 日高热不退，咳嗽痰鸣，两肺满布罗音，出现肺炎并发症，深度昏迷，病热危急，特请董老师会诊。

初诊：高热无汗 4 天，神志不清，牙关紧闭，呼吸短促，咳嗽有痰，项背强直，手足抽搐，大便闭结，小便失禁，舌红苔黄根垢腻，脉弦滑数，劲而鼓指。盖由温邪内伏，痰热蕴肺，心神受蒙，肝风内动所致，病势危笃。勉拟清肺疏表，平肝熄风，豁痰开窍：豆豉 12g，薄荷 4.5g（后下），鲜石斛 15g，全瓜蒌 24g，川连 3g，厚朴 4.5g，半夏 9g，枳实 6g，陈胆星 9g，天竺黄 9g，朱茯苓 12g，远志 4.5g，石菖蒲 4.5g，羚羊角粉 3g（吞）一剂，牛黄至宝丹 1 粒，竹沥 2 支（分服）。

二诊：药后汗出热解，抽搐渐止，牙关已开，咳嗽气急稍平，喉间痰鸣改善，大便色深，质薄奇臭，口张目睁，神志不清，舌尖红，苔薄黄根腻，脉弦滑数。温邪虽透，痰热犹重，肝风初平，心神仍蒙，尚未脱险，再拟前方加减：上方去豆豉、薄荷、川朴、加辰麦冬 9g，山栀 9g，龙齿 30g（先煎），续服一剂。

三诊：热平，咳嗽已少，烦躁不宁，舌红苔黄根尚腻，脉滑数，再拟清心肺，化痰热，佐以祛瘀通络：瓜蒌皮 24g，郁金 9g，川连 3g，半夏 9g，枳实 6g，川贝 9g，杏桃仁各 9g，川芎 3g，天竺黄 9g，橘皮络各 4.5g，朱茯苓 12g，淡竹叶 9g，莲子心 4.5g，羚羊角粉 3g，两剂。安宫牛黄丸 1 粒，猴枣散 1 支（均分吞）。药后症状日见好转，病性稳定，而停中药观察，因患者继续昏迷不醒，失语，于 3 月 5 日再邀董老会诊。

四诊：神志不清已 54 天，言语不利，稍咳，喉间痰鸣，烦躁，面红目赤，大便干结量少，日行 1 次，舌红苔黄垢腻质滑，脉弦滑数。证属痰热蕴肺，湿浊蒙蔽心包，肝火偏旺，再拟清热涤痰开窍，芳香化浊辟秽，温清合法：玳瑁片 3g，川连 2.4g，黄芩 9g，龙胆草 9g，山栀 9g，胆星 9g，川贝 9g，天竺黄 9g，淡竹叶 9g，枳实 6g，远志 4.5g，莲子心 4.5g，菖蒲 4.5g，两剂。牛黄至宝丹 1 粒，苏合香丸 1 粒，竹沥 1 支（均分吞）。药后神志渐清，但有时仍现昏迷，两目转动自如，吞咽较前顺利。嘱上方续服三剂，病情明显好转，于 11 日凌晨突然开口，神志清楚，日来已能简要答话，咳痰已少，食欲渐增，惟觉乏力，不耐久坐，舌质红，苔干黄腻已化，脉滑数。乃大病之后，气阴两虚，上焦痰热未清之象，拟益气育阴养胃润肠调理之：太子参 15g，北沙参 12g，生地 12g，金石斛 15g，麦冬 9g，白芍 9g，瓜蒌 15g，当归 9g，茯苓 12g，远志 4.5g，枳壳 4.5g，焦曲 12g，麻仁 12g，七剂。

按：《温热逢源》曰："《伤寒论》云：太阳病，发热而渴，不恶寒者为温病。凡此皆指伏邪所发之温病言也"。患者昏迷 57 天，病由伏邪所发，痰热蕴肺，心窍蒙蔽，肝风内动所致。投豆豉、薄荷清肺透邪，俾邪有出路；小陷胸合涤痰汤以泄热涤痰，配羚羊角粉、至宝丹平肝熄风，清心开窍。药后汗出热解、牙紧得开，抽搐亦止。继用苦寒泄热，豁痰开窍，平肝熄风，使症状改善，昏迷渐醒。停药观察，因痰浊与邪热互结不散，故未能清醒。再用温清合法，苏合香丸与至宝丹合用，数剂后湿浊渐化，痰热亦清，神志突然清楚，症情日见好转，这是本病转折关键所在。再投益气育阴，清化痰热之剂而获痊愈。

三、肠伤寒昏迷案：

黄某，女，52 岁，住院号 77－3615。

简病史:1977年8月15日自觉头痛骨楚,恶寒身热,胸闷,即赴医院诊治。一周后高热持续不退,朝轻暮重,头重肢楚,胸闷纳呆,困倦,于21日收入病房。化验:白血球减少,嗜酸性粒细胞消失,血培养伤寒杆菌生长,肥达氏反应阳性,确诊为伤寒。经用氯霉素、痢特灵等西药治疗,病情未见好转,体温高达40℃,神昏谵语,烦躁不安。予头枕冰袋,冰水擦浴,并予冷饮。迨至25日体温竟高达41℃,神志完全昏迷,病势危殆,而邀董老师会诊。

初诊:身热两候,日晡高达41℃,汗出不畅,胸闷心烦,渴不多饮,神昏,谵语,胸部斑疹隐约可见,舌红苔腻黄白相间,脉濡滑数。属温邪挟湿,互蕴不化,由气入营,逆传心包之重候。先拟清气透表,佐以化湿开窍:豆卷豉各12g,鲜石斛15g,荆芥9g,薄荷4.5g(后下),川连24g,半夏9g,杏薏仁各12g,白蔻仁3g,朱茯苓12g,远志4.5g,益元散12g(包),淡竹叶9g,鲜芦茅根各30g(两剂)。解热牛黄散2支,每次1支。

二诊:药后汗出热减,神志渐清,斑疹隐约,胸闷腹胀,呻吟不已,呕吐清水,渴不欲饮,溲赤便结,舌苔灰厚腻,质滑,脉濡滑数。时邪初透,痰湿挟滞互阻中焦,痰热仍重,再拟前法掺入温中化湿之品:大豆卷15g,鸡苏散12g(包),姜汁炒川连2.4g,川朴4.5g,姜半夏9g,陈皮6g,杏薏仁各12g,白蔻仁3g,朱茯苓12g,藿佩各9g,枳壳9g,焦六曲12g,鲜芦根30g,玉枢丹1.5g(分吞),两剂。

三诊:呕吐已止,汗微出,体温在38℃左右,斑疹散见于胸、颈、及耳后,白痦稀疏,胸痞稍宽,腹胀随减,大便溏泄,日行2次,神清,口微渴,咽喉红痛,苔黄腻,脉濡数。湿滞初化,温邪由营透气,病势好转,再拟清气泄热导湿为治:大豆卷12g,藿佩各9g,川连2.4g,黄芩4.5g,葛根9g,炒白芍9g,桔梗3g,甘草3g,枳壳4.5g,焦六曲12g,朱茯苓12g,通草3g,芦根30g,三剂。另予锡类散2支,青黛散1支和匀,分次吹喉。四诊:药后热退斑透,红疹如三,遍体皆是,白痦胸腹较密,胸闷得舒,纳谷渐思,口渴,便溏,舌红苔黄腻渐化,脉濡细略数。乃温邪挟湿渐化,胃肠宿滞未清,再拟前方加减:上方去葛根、桔梗、甘草,加荆芥4.5g,薄荷3g,半夏4.5g,砂仁3g,鲜苇芦根各30g,三剂。

五诊:身热已平,疹痦渐回,口渴欲饮,胸腹痞胀得宽,纳谷渐增,溲黄便溏,舌红苔薄黄,脉濡数。病势渐入坦途,再拟清热化浊和胃,原方加减化裁,调理一周而愈。

按:本例是典型湿温症,因病初温邪在表,复加用冰过早,致邪遏热伏,逆传心包,病情殊重。叶天士谓入营犹可透热转气。故首用豆豉卷,鲜石斛清气透表,三仁汤清热化湿分利三焦,抗热牛黄散以清心开窍,药后神清热减。继则因湿浊中阻,胃气上逆,胸闷呕吐而用连朴饮、清胆汤及玉枢丹,使湿从热化,秽浊中开,至斑疹期,再予透斑化湿,清热消导之剂,俾邪有出路,而获痊愈。

结语:本文三例均在病势危笃,束手无策之时应用温病理论,辨证治疗后获愈,可见祖国医学不但对慢性病有其独特疗效,对急性病和危重病之抢救,亦有丰富而宝贵之经验,值得我们总结研究。

(张家骏)

田乃庚　慢性肾小球肾炎的治疗经验

田乃庚老师，潜心研究肾炎20余年，辨证用药独具匠心，疗效显著。田老师认为，慢性肾小球肾炎(以下简称慢性肾炎)属于中医水肿、虚劳等范畴。本病常反复发作，缠绵难愈。治之不当，晚期多危及生命。因此，在治疗过程中除着重辨邪正虚实外，还须密切观察病人的血压、尿常规及肾功能的变化，才能收到预期的效果。田老师的治疗经验可归纳为以下六法。

宣肺疏表　行水消肿法

在慢性肾炎初期外邪未尽，或复感风邪，壅滞于肺，肺失宣降，不能通调上源之水，水液潴留。症见眼睑及颜面浮肿，或肢体浮肿，小便量少，腰脊酸痛，或有发热恶风，咳嗽等。舌淡红苔薄白，脉浮滑。

基础方：桔梗、防风各10g，防己、滑石(包煎)、石苇各15g，荆芥9g，白茅根20g。

加减：若为风热外袭，去防风、防己，加银花、连翘、公英；下肢浮肿重者加猪苓、泽泻、茯苓、白术；腰脊酸痛者加川断、寄生；咳嗽重者加炒杏仁、浙贝母；尿血或尿中潜血阳性者加藕节、侧柏炭。

健脾补肾　兼以利水法

当慢性肾炎进入中期，水肿已消，或仅有微肿，临床表现为脾肾两虚为主。症见面色萎黄，肢倦无力，气短，食少便溏，腰酸膝软。舌淡红体胖，边有齿痕，苔白薄，脉沉弱。当着重补益脾肾。

基础方：白术、防已、当归各10g，茯苓、石苇、炒杜仲各15g，寄生、川断各18g，炒山药、黄芪各20g。

加减：若气短明显者加党参；大便溏薄者加莲子肉、炒薏仁；水肿较重者茯苓改为茯苓皮；面色萎黄无华者加阿胶、枸杞子；尿中蛋白(＋＋)以上者重用黄芪30－40g，加山萸肉、芡实；尿中潜血阳性者加旱莲草、藕节、三七粉。

滋补肾水　养阴清热法

慢性肾炎缠绵不愈，肾阴暗耗；或过服分利，伤及肾阴。症见头晕目眩，手足心烦热，失眠多梦，腰酸膝软，或肢体轻度浮肿。舌红少苔，脉沉细数。基础方：熟地、茯苓、女贞子、枸杞子各15g，旱莲草、山萸肉各12g，丹皮、泽泻、知母、黄柏各9g，炒山药20g。

加减：若失眠多梦者加琥珀粉(冲)、炒枣仁、夜交藤；腰酸膝软者加怀牛膝、寄生；口干咽燥者加黄精、天冬；尿血或潜血阳性者，酌加阿胶、侧柏炭、白茅根。

滋补肝肾　平肝化瘀法

慢性肾炎肾阴不足，水不涵木，不仅导致肝阳上亢，而且血行为之不畅。症见头痛眩晕，耳鸣，失眠多梦，腰酸膝软，或肢体微肿。舌暗红苔白，脉弦细。此证多见于肾性高血压患者。

基础方：炒杜仲、怀牛膝、丹参、夏枯草、草决明、钩藤（后下）各15g，徐长卿、白芍各12g、益母草、生石决明（先煎）各30g，寄生18g。

加减：若失眠多梦者加生龙牡、夜交藤；头痛重者加天麻、菊花；面部潮红者加栀子、白薇。

温补肾气　阴中求阳法

慢性肾炎日久不愈，或反复发作，肾精耗伤，阴损及阳，肾阳虚衰，全身失于温养。症见面色㿠白，神疲倦怠，畏寒肢冷，腰酸膝软，尿量减少，或清长频多，足跗肿胀，或有心悸气短。舌淡胖苔白，脉沉细弱。

基础方：熟地、川断、炒杜仲、巴戟天各15g，炒山药、茯苓各18g，仙灵脾、山萸肉各12g，泽泻、桂枝各10g，熟附子9g。

加减：若手足不温而有腹水者加大腹皮、白术、草蔻、干姜；心悸气短者加黄芪、当归，面色㿠白者加龟版胶、鹿角胶；血压偏高者加益母草、丹参、徐长卿、怀牛膝。

清热解毒　泻水降浊法

慢性肾炎晚期肾气衰弱，气化失职，不能化气行水，湿热留积，酿生湿毒，内闭上逆。症见恶心呕吐，烦躁不安，或神疲困顿，小便量少，大便不通。苔多浊腻，脉沉细。急则治标，解毒泻浊，通利二阴，前后分消，邪去正自安。此时病情危笃，应密切观察病人的血压、肾功能、神志及饮食等情况。

基础方：石苇、泽泻、猪苓各15g，竹茹、栀子各9g，大黄（后下）9g，郁李仁18g，茯苓30g，广角粉（冲服）3g。

加减：若呕吐重者加代赭石、太子参、清半夏；浮肿甚者加马鞭草、滑石；神志昏迷者送服局方至宝丹一粒，以通窍解毒；若呕吐甚服药困难，大便不通者可用生牡蛎、大黄、当归煎液保留灌肠，以泻其浊毒。

病案举例

例一：马某某，女，54岁，工人，1991年11月1日初诊。

患者于5年前突然出现颜面及下肢浮肿，在省某医院查尿常规：蛋白（＋＋＋），红细胞5～8个/高倍，诊为"慢性肾炎"。服中药治疗2年后痊愈，3年未复发。近1月因过度劳累颜面及下肢又轻度浮肿，伴头痛头晕，耳鸣，腰酸膝软。舌暗红苔白，脉弦细。血压24.2/13.3kPa，尿常规：蛋白（＋＋）、红细胞2～3个/高倍。证属肝肾阴虚，肝阳上亢，血行不畅。治以滋补肝肾，平肝化瘀。

处方：益母草、生石决明（先煎）各30g，寄生、炒杜仲各20g，怀牛膝、夏枯草、丹参、徐长卿、石苇各15g，草决明、钩藤（后下）各18g。日1剂，水煎分2次服。

前药4剂，颜面及下肢浮肿消退，头痛头晕，腰酸明显好转。血压降至22.3/12.0kPa。前方加减共服20剂后尿常规转阴，血压降至正常，随访6个月未复发。

例二：于某某，女，50岁，干部，住院号16022，1987年5月9日入院。

缘于6个月前劳累后出现颜面及两下肢浮肿，解放军某医院以"慢性肾炎"、"慢性肾功能不全"收住院，用激素治疗28天后无效转入我院。先以培补脾肾疗效不佳，于6月8日请田老师会诊：症见颜面及两下肢轻度浮肿，面色萎黄，神疲无力，畏寒，腰脊酸痛，活动后心悸气短。舌红苔白薄，脉沉细重按不起。尿常规：蛋白（＋＋＋），红细胞3～5个/高倍。肌酐清除率39.1ml/min，血尿素氮13.1mmol/L。证属肾精耗伤，阴损及阳，湿浊逗留。治以补肾助阳，兼以利水。

处方：熟地、川断、枸杞子、石苇各15g，泽泻、鹿角胶（烊化）、仙灵脾各10g，炒杜仲、炒山药各20g，黄芪30g，山萸肉12g，熟附子9g。

服药7剂，周身力增，颜面及下肢浮肿消退，腰脊酸痛明显好转。舌尖红苔白，脉沉细。尿常规：蛋白(++)，红细胞2～3个/高倍。效不便法，原方再进。上方加减共治疗4个月，尿常规及其它化验数值均正常而出院。半年后恢复工作，随访3年未复发。

体 会

慢性肾炎属于水肿、虚劳范畴，其发病与肺脾肾三脏密切相关。田老师认为，本病多由外邪侵袭，以致肺脾肾三脏受损。初期外邪袭肺，治以宣肺行水；中期脾肾亏损，以培补脾肾为主；晚期多肾气虚衰，湿毒内蕴，急当解毒泻浊。但慢性肾炎病程较长，病情复杂，水肿、蛋白尿、高血压等交错出现于整个病程中，这三者又是慢性肾炎的主要特征，因此在治疗过程中，应密切予以观察。

水肿一般初期较重，且以颜面、眼睑为甚，这和肺失通调，风水相搏而泛滥有关。所以说水肿一病"其标在肺"。在用药上，主要以桔梗宣畅肺气，肺气宣畅，水道通调，水液下趋膀胱，排出体外，则水肿自消，乃"提壶揭盖"。经过初期治疗后多仅有轻度浮肿，田老师多在辨证的基础上加石苇、马鞭草，二者既可行水消肿，又可消除尿中蛋白，可谓一举两得。

蛋白尿是慢性肾炎治疗中最为棘手的问题，田老师认为，尿中蛋白外漏，属于精微下泄。人体精微只宜封固，不宜耗泄，当脾肾两虚脾失升清之能，肾失封藏之职，精微下泄，则尿中出现蛋白。所以前人论水肿又有"其制在脾，其本在肾"之说。田老师临床多重黄芪30－40g以补脾升阳，配山萸肉、寄生、芡实等以补肾固精。若患者兼见阴虚内热舌红者，为防黄芪助热伤津，多佐以知母、生地。

高血压在慢性肾炎中出现率较高，临床肾炎未愈，合并心、脑病症使治疗失败者，也屡见不鲜。田老师指出，慢性肾炎耗伤肾阴，水不涵木，肝阴不足，肝阳偏旺则表现为高血压。然肝用不达，气失疏泄，又使血行不畅而见血瘀，故肾性高血压患者舌多紫暗。治疗当于滋肾平肝法中参以活血化瘀之品。若一味育阴平肝，往往收效不佳。田老师常用益母草、丹参、徐长卿等，这些药不仅活血化瘀，还有较好的降脂、降压之功。益母草又可行水消肿，实为肾炎之理想药物。

此外，田老师治疗慢性肾炎，一般采用纯中药治疗，对已用激素的患者，正规使用一疗程后停药。激素类似"纯阳之品"，服用后病人出现五心烦热，面色潮红等阴虚内热之象，以滋补肾水，养阴清热法治疗，可以调和阴阳，使阴平阳秘。当撤减激素时用温补肾气、阴中求阳法治疗，可巩固疗效，防止撤减激素出现的反跳现象。

(常风云)

赵冠英　　治疗肿瘤经验琐谈

赵冠英教授致力于中西医结合研究，尤其是对恶性肿瘤的治疗方面独辟蹊径，匠心独具。笔者兹就吾师治疗肿瘤方面的经验，根据学习体会扼要介绍如下：

辨病辨证结合

中医学与现代医学的理论体系是两种不同的理论体系，各有其特点。两种医学体系从不同的侧面和不同层次来观察和认识人体和疾病的关系及疾病的本质，方法不一但各有其优点和不足之处，所以"辨病"与"辨证"结合就是要吸取二者之长，弃其之短，二者不能偏废，才能有利于对肿瘤疾病的认识，以提高诊断水平与治疗效果。

吾师结合临床实践体会，对于肿瘤疾病的辨病辨证具体结合可概括为以下四个方面：

1、西医辨病明确诊断，然后中医辨证施治。例如：食道癌，可以根据临床症状、体征、胃镜、钡餐及实验室检查加以确诊，然后以中医辨证分型施治。肝郁气结型治以疏肝解郁为主；瘀血凝滞型治以活血化瘀为主；脾虚湿聚型治以健脾燥湿化痰为主；气阴两虚型治以益气养阴为主。

2、中医辨证为基础，结合西医辨病治疗。如食道癌、乳腺癌，当临床出现相同的肝气郁结证候表现时，可予疏肝解郁法治之。但按西医辨病，则两者病因、病位不同，故在中药处方遣药时，可在主方的基础上加针对不同病因的药味，这样可取得更好效果。

3、无"病"从证和无"证"从病。如肿瘤手术后，患者伤气耗血、正气虚损，刀口处痒痛，虽然肿块已切除，但正虚刀口处痛往往需经过一段时期的恢复，此时可针对其"证"从治，予以扶正益气活血化瘀之方药治疗。肿瘤早期患者正气不足，毒邪侵袭，此时不论有无证，治则均可清热解毒，行气活血，佐以扶正固本，即从病论治。

4、辨病与辨证分阶段论治。在疾病发展的不同阶段中，根据病情的轻重，使用不同的中西医治疗，或侧重西药辨病用药，或侧重于中医辨证用药，或中西药同用。如原发性肺癌（鳞癌）若先手术，或放疗化疗时中药一般以调治扶正为主。待病情稳定时，则以扶正祛邪的中药治疗为主。

吾师医治肿瘤临证时，尤其注重细问详查病症。在辨证和选方遣药时，主张法因证立，证变法变，现附例如下：患者刘××，男，73岁，进食作噎3月余，伴呕吐粘涎，体瘦纳少，舌红绛，脉弦。在我院门诊检查确诊为食道癌，因年高体弱，拒绝手术要求中医诊治。脉证合参辨证为气痰结聚，胃失和降，病程久延气血两伤。治以理气化痰、和胃降逆、益气养血、解毒抗癌，方用旋复代赭石汤、当归补血汤加减药用：旋复花10g，代赭石20g，法半夏12g，威灵仙15g，川朴9g，白花蛇舌草20g，全虫9g，露蜂房9g，赤白芍10g，太子参10g，白术10g，黄芪15g，当归12g，甘草6g，服药半月左右复查，X线片报告食道中段癌未见发展，嗣后坚持服药，迄今四年余，病情稳定，复查食道双重造影片与原片比较明显好转。

正虚邪实揭示肿瘤的病因病机

对肿瘤的病因病机的认识，则不外乎外因和内因两个方面，外因是邪气、邪毒；内因是七情内

伤，正气虚弱。《内经》有："正气存内，邪不可干"，"邪之所凑，其气必虚"理论，人体之所以得肿瘤，同其它疾病一样，也是先正气虚于内、外邪之毒乘虚侵犯五脏六腑，蕴发为肿瘤。《医宗必读》在论述体内肿块时说："积之成也，正气不足，而后邪气踞之"。说明正气虚损是形成肿瘤的内在依据，而外邪主要是由于人体先虚，即外因通过内因而起作用，由于内外致病因素的作用，使机体内环境失常，脏腑经络气血功能障碍引起气滞、血瘀、痰凝、湿聚、热毒内蕴等病理改变，如不及时调整治疗，日积月累，互相交结，以致造成肿瘤的发展。一旦肿瘤形成，邪实（肿瘤）即上升为主要矛盾，而正虚（体虚）为次要矛盾。由此可见，正虚与邪实，这是矛盾的双方既统一、又斗争，是肿瘤发生发展的根本原因。这与现代医学认为免疫功能的减退，特别是细胞免疫功能和体液免疫功能下降，机体对局部细胞的间变失去了"免疫监督"，体内人的正常细胞不能随时将突变的癌细胞予以消灭，而使癌肿发生、发展的基本精神相符合。

吾师强调人体是一个有机的整体，各组织器官与机体的关系是局部与整体的关系。对待肿瘤的形成也应以从整体观点出发，肿瘤是一个全身性疾病，而肿块只是全身癌肿的一个局部表现。局部肿瘤的"实"可以耗伤机体正气而致全身的"虚"。全身正气不足，使机体对癌瘤防御能力降低，从而加快了肿瘤的发展速度，加重了局部的"实"。总之，肿瘤是一种因虚致病、因虚致实、本虚标实的疾病。虚是全身性的，实是局部的，虚以气虚、阴虚较为多见，实者不外乎气滞、血瘀痰凝、毒聚。因此在肿瘤的治疗中，正确处理局部与整体关系、虚与实关系是提高临床疗效的关键。

祛邪与扶正的辨证关系

前面在肿瘤病因病机中已经论述，肿瘤是一种全身性疾病的局部表现，因此对肿瘤的治疗，在辨证论治的基础上，必须掌握扶正祛邪、攻补兼施的治疗原则，既要重视整体情况，又要注意局部肿块。采用祛邪法则是针对肿瘤邪实的病机确定的治则，它是通过清热解毒、活血化瘀、化痰散结等治则的具体应用达到祛除实邪、攻伐癌肿、消除或控制肿瘤发展的目的。扶正法则是基于肿瘤是一种正气虚弱、本虚标实的全身性疾病而确定的治则，它是以扶助人体正气、提高抗癌能力、充分调动机体自身抗癌因素，以补助攻、祛除癌肿为目的。

"邪气盛则实，精气夺则虚"、"实则攻之，虚则补之"是治疗肿瘤的两大基本治则。在肿瘤治疗过程中如何把祛邪与扶正有机结合起来，正确处理两者之间的辨证关系甚为重要。若单纯强调扶正，从而忽视了祛邪（攻癌）治疗的重要作用，其结果轻则姑息养奸，失去了祛邪（攻癌）的机会，重则因片面扶正，反面助长了邪气，促使了肿瘤组织的生长，使邪气更盛。若强调单纯祛邪，从而忽视了扶正在抗癌中的积极作用，其结果定是肿瘤可能消灭了，可正气严重受挫，体质也被摧垮了，两败俱伤，失去了祛邪的意义，甚至还促进了癌转移扩散。综上所述，吾师认为，祛邪是肿瘤治疗的目的，扶正是为了实现这一目的创造条件，通过祛邪则进一步保护正气，辨证处理好肿瘤治疗中祛邪与扶正的关系，使祛邪与扶正有机地结合起来，立足于祛邪（攻癌）而不忘扶正，扶正气以助祛邪（攻癌）才能紧紧掌握治疗主动权。因此，以补助攻乃是肿瘤治疗的基本着眼点。

《内经》中有"坚者消之，留者攻之，结者散之，客者除之，损者益之"的原则，这是辨证论治思想的集中体现。吾师在临床的体会是，在肿瘤早期，患者正气未伤，体质尚佳，邪气也较实，在治疗上应以祛邪为主，辅以扶正。在肿瘤中期，由于癌肿对机体的损害，正气已伤，体质较差，而癌体逐渐增大，这一时期往往正邪力量势均力敌，或邪气略减或正气稍差。在治疗上宜攻补兼施，或补略重于攻，或攻略重于补，或先攻后补或先补后攻，视其正邪消长而治之。当肿瘤进入晚期，患者多正气大伤，虚损症状明显，肿瘤迅速增长，形成邪盛正衰之势，此时明辨标本缓急，根据"急则治其标，缓则治其本"的原则，虚不受攻者，当先扶正，在扶正的同时视其体质状况佐以祛邪，也可先扶正，待机体

情况好转后，根据其病情，而确定相应的攻补法则。

吾师临证时除牢牢掌握祛邪与扶正的辨证关系，还强调据证立法，审证求因。确立祛邪与扶正药物剂量与配伍至关重要。这直接影响到治疗效果。“祛邪勿忘扶正”，不可草率孟浪，“扶正不恋邪”，亦不可滥补无法，注意药物归经以达病所。曾治李某，男，47岁，在我院门诊诊断为原发性肝癌。肝区痛，乏力、肝大、纳呆，B超示肝区波型较密，微小波。AFP>1250毫微克/毫升，舌质暗，苔黄腻，脉弦。辨证为热毒壅盛、湿热内蕴、气滞血瘀，治法清热解毒、行气活血，佐以健脾益气，柴胡15g、黄芩15g、茵陈15g、草河车15g、八月扎10g、夏枯草15g、白花蛇舌草20g、太子参10g、茯苓15g、广郁金15g、赤、白芍各15g，治疗至今已两年余，复查B超、AFP均正常，目前仍在治疗中。

勇于探索，不断创新

社会在发展，科学在进步，理论在更新。吾师在几十年的医学生涯中，精研医理，但不拘古泥古，而是积极探索，大胆实践，勇于创新，十分重视现代医学研究方法及成果，弘扬传统医学特色。尤其是在肿瘤的临床和实验方面积累了丰富的经验。他借经方之精练，时方之轻灵，并以中医理论为指导，辨证与辨病相结合，祛邪与扶正相结合的原则，创制了“保元口服液”和“保元抗癌口服液”，经临床观察取得了较好的疗效。动物实验结果提示优于同类抗肿瘤中成药。保元口服液（西洋参、黄芪、灵芝、枸杞子等）益气养血，健脾补肾，扶正培本。经185例肿瘤放、化疗患者毒副反应的临床观察，既可减轻症状，又可升高血象，并能提高免疫功能。总有效率为95.24%。动物实验结果提示：该口服液可提高小鼠外周血象，减轻放、化疗毒副反应，并能明显增强小鼠吞噬细胞吞噬能力。保元抗癌口服液（西洋参、黄芪、白术、茯苓、白英、仙鹤草、龙葵、白花蛇舌草等）益气养阴、健脾补肾、清热解毒、扶正抗癌，用于各种肿瘤的治疗及肿瘤术后康复。经210例肿瘤患者临床观察，能明显减轻症状，保护外周血象，增强免疫功能，并有延长患者生存期的作用。动物实验证明不仅在改善症状、保护血象、提高免疫功能方面与临床观察相符，而且有预防艾氏腹水瘤的发生和明显抑制实体瘤生长的作用。总有效率为96.2%。

（吴整军）

乔保均　　谨守中医病机　要以证为凭

乔保钧老中医善治疑难病，其深厚功底和丰富经验，概括起来主要见于以下三个方面：一、谨守中医病机；二、着眼整体调理；三、立足从长计议。现分别探析于后。

谨守中医病机　要以证为凭

先生认为，中医治疗疑难病，获效的关键在于"谨守中医病机"，着眼点当"以证为凭"。

病机，即发病的内在因素和内在规律性，它决定着疾病的发生发展、演变趋势及最后结局，故为疾病现象中最关紧要和最本质的东西。正如张景岳所说："机者，要也，变也，病变所由也。"因此，先生在审察疾病时特别强调："首辨病机，务求明晰"、"谨守病机，始终不渝"。他认为，只有真真切切地辨明了病机，理、法、方、药的运用才能环环相扣，疗效自然显著，诚如唐·王冰所说："得其机要，则动小而功大，用浅而功深。"

谨守病机的重要性，为医者莫不有知，但由于事实上存在着中西医互相渗透的影响，致使少数中医，学术信念动摇，业务方向偏差，临证处理往往悖于中医病机，疗效日渐下降。因此，先生认为，在当今形势下，要真正做到"谨守中医病机"，必须纠正四种倾向：一是受西医诊断所囿，在西医诊断指导下用药，如西医诊断为什么什么炎症，不管三七二十一，就大队搜罗苦寒清热药；西医诊断为什么什么瘤，不管三七二十一，就物色抗癌消瘤药；西医诊断为免疫机能低下，不管三七二十一，就选用生黄芪、党参等。二是用药上迎潮流、赶时髦，如治疗冠心病，一个时期活血化瘀"走红"，处方上就电脑般地显示丹参、赤芍、三七、红花；一个时期温阳化痰盛行，于是就附子、薤白、细辛；一个时期补肾固本时兴，于是就萸肉、巴戟、田大云、淫羊藿。三是把医圣前贤的经验视为金科玉律，教条理解，僵化对待，一遇某病就照搬某"经方"、"时方"、"秘方"，不知或不敢随证加减，完全忘记了"因人、因时、因地、因证而宜"的治疗原则。四是机械应用现代药理实验的某些成果，如据药理实验，地骨皮、黄精等具有"降糖"作用，葛根、丹参等具有"扩冠"作用，于是一遇糖尿病或冠心病不问寒热虚实，就方方不离地骨皮、黄精或葛根、丹参等。如此这般"形而上学"的用药倾向，完全脱离病情本身的固有病机，违背"辨证施治"精神，而丢掉辨证施治，就如同丢掉了中医的灵魂，甚至于，连一般伤风感冒尚无疗效可言，更以何法宝胜疑难痼疾？

"谨守中医病机"、"坚持辨证施治"，必须老老实实以病人就诊时表现的各种自觉症状和体征为基本依据，准确、完整地运用中医理论确定疾病部位、辨析疾病性质、把握邪正盛衰、区分标本缓急、预测疾病转归。在完全明了中医病机的基础上，确立治疗法则，然后以法统方，以法择药，依据病机该用什么药就用什么药。简言之，只有坚持"以证为凭"，才能为"谨守病机"提供可靠的前提，只有坚持"有斯证便用斯药"，才能保证辨证施治的正确方向。

如先生曾治一"多发性硬化"患者，1981 年夏出现头晕、复视，继则偏身麻木，始按美尼尔氏症治疗无效，继按多发性颅神经炎治疗多日亦不效，后经某大医院确诊为"多发性硬化"经用激素、维生素等治疗数月未获显效，1982 年 10 月 5 日求诊于乔老。就诊时面部发麻，伴以浮肿，头晕，复视，

声低懒言，两下肢麻木软弱，步态不稳，舌淡红，苔薄白，脉沉无力，两尺弱甚，血压 24/14.7kPa。对于这样一个国内罕见的疑难病，乔老坚持"以证为凭"进行认真的辨证分析："头晕、复视、行走不稳，乃肝肾不足、气血双亏所致；面肿、身麻，软而无力，乃风寒湿邪凝滞经络，气血运行不畅所由。总属本虚标实。肝肾不足，气血双亏为其本虚，三邪杂至，气血痹阻为其标实。病机既明，大法遂立，治先益气活血，祛风除湿，温经通络，方用生黄芪 30g，当归 10g，川芎 6g，桂枝 9g，红花 9g，全虫 13g，僵虫 13g，钩丁 30g，猪苓 30g，车前子 10g，灵仙 20g，川木瓜 15g，炙甘草 6g，黑木耳 3g。此方为宗续服 30 余剂面部浮肿渐退，四肢麻木消失，下肢较前有力，步态较前稳健。标证既除，转以滋肾养肝为主，兼以活血通经熄风，方用杞果 15g，当归 15g，川芎 9g，生熟地各 13g，菊花 9g，草决明 20g，石斛 15g，猪苓 30g，钩丁 30g，僵虫 13，丹皮 10g，炙草 6g。该方出入续服 40 余剂，诸症皆失，病获痊愈。

又如八岁女童郭××，1989 年 7 月曾高烧、头痛、呕吐、四肢抽搐，村卫生室按感冒，给予青霉素治疗缓解，时隔二旬，上症复作，CT 检查未见异常，北京天坛医院怀疑"脊椎管内先天性肿瘤"，脊椎造影又予排除，经河南医学院、北京儿童医院两次腰椎穿刺怀疑"化脓性脑炎"，北京协和医院按"化脓性脑炎"治疗多日，当时好转，不久复发。至此，病家辗转各地，耗资逾万而病情如故，且随时间推移，发作愈加频繁，半年来先后发作十七次之多，每次皆高热、头痛、呕吐、抽搐。刻因感冒而诱发，症状如前，家长濒于绝望，特转求中医诊治。先生详询病史，细察舌脉，以证为凭，分析病机：久病伤阴，虚热内蕴，加之毒邪内伏，热毒受外感引动肆虐内外，故高热不退；阳化风动，上扰清宫则头痛；热邪内炽，炼津为痰，痰热阻胃，升降失常，故呕吐；真阴不足，筋脉失养，加之风痰窜扰，故四肢抽搐。病机总为阴虚热郁，毒邪内伏，外感引动，化阳化风。治宜育阴清热解毒，化痰平肝熄风。方宗三甲复脉汤化裁：生龟版 30g，生鳖甲 30g，生牡蛎 30g，细生地 9g，麦门冬 9g，大元参 9g，明天麻 15g，生栀子 9g，双钩丁 15g，胆南星 9g，天竺黄 9g，金银花 15g，板蓝根 9g，生甘草 5g。服七剂体温复常，头痛渐失，抽搐亦止，守方出入，续服 40 余剂，诸症未再发作，追访至今无恙。

再如曾治一无名低热患者，1978 年 4 月自然流产，失血较多，继之常发低烧，持续八个月不愈，体温一般波动在 37.3℃，每子午后热甚，入夜不药而退，各项化验室检查（血常规、血沉、抗"O"、微丝蚴，布氏凝集试验、疟原虫等）均阴性，X 线透视亦无亦常，1980 年 6 月 8 日某厂职工医院以"无名低热"收住病房观察，经用麦迪霉素、链霉素、清热解毒液及支持疗 法治疗月余无明显效果，特邀先生会诊。刻诊：低热缠绵，午后即潮，日晡始退，口苦口臭，不欲饮水，纳呆便秘，小便频急，月经量少，颜色正常。查见面色萎黄，形瘦神疲，舌边尖红，苔微黄厚腻脉细数。乔老从病史入手，参以脉证，细究病机：流产失血伤及阴分，阴虚则生内热；由食欲不振，形瘦神疲，面色萎黄可知脾虚传导失司，加之湿热蕴积胃肠，久而成滞，府气不通，故大便秘结数日不行；湿热熏蒸，胆气上逆，浊气上泛，故口苦口臭，不欲饮水；总属虚中挟实之候。正因为对病机有如此明晰、透彻的分析，治疗才胸有成竹，有的放矢。"当此邪气深伏阴分之际，不能纯用养阴，亦不能任用苦寒，若纯用养阴则腻胃滞邪，若任用苦寒则化燥伤阴，宜扶正与祛邪并重，养阴与清热并举"，方遴竹叶石膏汤合青蒿鳖甲汤，使补中有清，清透结合，药十数剂，热退病愈。

先生的临床经验告诉我们：治疗一般病要谨守病机，治疗疑难病更要谨守病机；对西医诊断不明的病要谨守病机，对西医诊断明确的病更要谨守中医病机。他说："在治疗全过程能否谨守中医病机，坚持辨证施治，不仅关系到中医临床的疗效，而且是衡量一个中医的水平高低，衡量中医学术是否从根本上具有生命力的重要标志。"

临床上的疾病错综复杂。就病机而言，显浅易见者少，隐曲难辨者多，往往是表里同病，寒热交错，虚实夹杂，气血逆乱，宿疾兼新病，内伤兼外感，令人眼花缭乱，无从下手。而乔师却以丰富经验，临阵沉稳，施之以巧：（一）对病因不明、病机一时难辨者，先施"轻剂试探"法，就是慎选一种疗法，暂

用较小剂量"火力侦察",以探虚实,摸索前进,待病情好转,病机显露,再谨守病机,针对用药;(二)若遇症状复杂而又虚实互见、寒热交错者,泻则伤正,补则助邪,寒则损阳,热则耗阴,此时师则施以"平调阴阳"法,使寒热并用,补泻兼施,常获意外之效;(三)当病情特别复杂诸法使尽,久治无效,再治束手无策时,师常施"杂药并投法",作最后努力。(本法广集寒热湿凉,气血攻补之药于一炉,以"随机用药""杂药并投"为特点,古代名方鳖甲煎丸、清瘟败毒散、安宫牛黄丸等药味众多,杂而无章,似与本法相同)有时竟出奇制胜,使疗效"柳暗花明又一村"。如师曾治一慢性肾炎合并支气管哮喘患者,在百般治疗不效的情况下,施以杂药并投法,拟方如次:附子 7g,麻黄 7g,陈皮 13g,半夏 9g,鸡内金 15g,地龙 10g,生石膏 15g,川朴 9g,杏仁 9g,菟丝子 10g,当归 10g,白芍 20g,蛤蚧一对,鳖甲 10g,川贝 10g,山萸肉 10g,甘草 5g,服五剂喘平气畅,又十余剂尿蛋白减少,浮肿减轻,后谨守病机,以"宣肺补肾"、"益气健脾"法调治半年,诸症明显好转。

当然,以上所谈轻剂试探法,平调阴阳法,特别是杂药并投法,毕竟是无可奈何之举,只限于在病情复杂、病机难辨或久治无效时试用,不可视为常规,冒然行事。

着眼整体调理　精于辨证施治

整体观念和辨证施治是中医学的基本特点,是中医治疗疾病,特别是战胜疑难疾病的两大法宝。

整体观念要求诊治疾病时,不仅要看到病状,更要考虑人体,不仅要考虑人体,还要联系人体所处的外在自然环境,不仅要重视局部病变,更要注意局部与整体的关系。

乔师不仅从理论上对整体观念有较深刻地理解,而且善于指导临床实践,尤其在诊治疑难病时,善于从脏腑之间的生克乘侮关系中去分析病机,强调并着眼于整体调理,或上病治下,下病治上,或气病治血,血病治气,或肺病治脾,肝病治肾,胃病治肝,心病治胃……对整体观运用之妙,存乎一心。其辨证施治之功,更是精细入微,至巧至妙。

如 80 岁老妪何××,素冠心病十余年,就诊时心前区阵发性刺痛,放射肩胛后背,伴胸闷,气短,呼吸不畅,心电图查示:①右束支传导阻滞;②心肌缺血;③频发室性早博。前医根据"冠心病心绞痛"的西医诊断,就心治心,予益气健心,活血化瘀法治之不效,且腹胀益甚,大便数日不行,特转诊于师,师详询病因,原与暴餐肉饺有关,结合腹胀、便秘兼证,恍然明其病机:"此因食伤脾胃,传导失司,燥热内结,阳明腑实,阳明者,心之子也,子实侮母,心气被困,绞痛乃作。"谨遵"实则泻其子"之训,治以通腑导下法,使脾气运化,胃气得降,子气得平,母则自安。遂当机立断,投以大承气汤,服药三剂大便畅泻,腹胀顿消,心区疼痛随之明显减轻,复以生脉饮合香砂六君子汤化裁调理旬日,疼痛渐失。病在心而泻阳明,80 岁老妪患心绞痛竟用大承气汤治愈,神乎妙哉!

再如,乔师曾治一遗尿重症,自幼尿床,年届二十仍每晚必遗,屡用"补肾固涩"法治之不效。乔师探究细思,认为本病虽属肾与膀胱病变(病位在下),但与心肺关系密切(病机在上),盖肺主一身之气,主司气化,通调水道,为水之上源;心为君主之官,神明出焉。肺虚失宣,气化失司,加之心窍被浮热所蒙,憋尿时不能自醒,则膀胱失约而遗尿。再诊在补肾固涩同时,重视益气宣肺,清心宣窍,方在金匮肾气丸、缩泉丸化裁的基础上,重用生黄芪(益气补肺,使肺气充实,气化有力,则膀胱固摄能有权),增麻黄(归肺与膀胱,通达上下水源,统诸药贯通三焦,又性温助阳,促使气化)加杞子、菖蒲(清心宣窍),终使肺肾通调,水火相济,三焦气化复常,遗尿终而痊愈。

仅从以上案例,足可看出乔师善用整体观念,精于辨证施治之功底决非一般。

立足从长计议　敢出守方绝招

疑难病大都病情复杂,病机难辨,治疗棘手,获效不易。因此,对疑难病的治疗必须稳扎稳打,

从长计议，不能孟浪从事，急于求成。

乔师认为第一，为医者要有战略上藐视疑难的思想，树立战胜疑难病的信心，敢于治大病，善于破疑难。那种一遇疑难病就望而生畏，推而了之的行为是对病人不负责任的表现。第二，让病人同时树立战胜疾病的耐心和勇气至关重要。首诊时务必向病人讲明"病会治好的，但要坚持用药，坚持就是胜利"，疗程的时间与其说短些，不如说长些，切忌不合实际的自我吹嘘。第三，由于疗程过长，连续用药，要随时把握邪正关系，力求做到祛邪莫伤正，扶正莫助邪，注意固先天，顾胃气，使"扶正固本"贯穿始终；第四，一旦法立方就，要注意守法守方，只要病机未变，治法和方药就不要轻易变动，切忌朝寒暮热，大起大落。

乔师常说："疗程是量变，疗效是质变，量变到一定程度方可引起质变，"坚信"只要辨证准确，遣方用药无误，坚持足够的疗程，显著的疗效自可出现于守法守方之中"。如一肝硬化腹水患者，病程长达数载，初诊时周身浮肿，腹部膨隆，面色黧黑，两手肝掌，神疲乏力，纳呆便溏。在整个疗程中，乔师始终以补虚、顾护正气为前提，施清利化瘀寓于补法之中，以潞党参 15g，寸冬 9g，焦白术 15g，山药 20g，云苓 30g，猪苓 30g，郁金 9g，赤小豆 20g，柴胡 9g，薏仁 15g，穿山甲 20g，田三七 5g（研面冲服），海南沉 1g 为基础方，守方续服十多月水肿渐退，精神转佳，继以软坚散结，消癥除积，活血逐瘀之剂炼蜜为丸，久服缓图，坚持年余，肝功复常，病获痊愈，至今已三十余年，仍体健无恙。

又如，一患者头痛二年，逐日加重，初服止痛片可暂时缓解，久而不效，改用杜冷丁亦难控制，CT 检查确诊为"原发性蛛网膜囊肿"，西医建议手术，患者惧而拒之，1986 年 11 月 12 日求诊于乔师。就诊时头痛难忍，如劈如裂，伴言謇，下肢瘫软，纳呆，口苦，舌质红，苔黄厚腻，脉沉弦滑，血压 24.7/14.7kPa。证属肝阳上亢，痰热交阻，气血凝涩，经气不通。其治始终以平肝清火，化痰除湿，活瘀散结，宣通气血为法，基本方为：生龟版 50g，葛根 30g，当归 15g，天麻 20g，猪苓 50g，半夏 10g，全蝎 10g，元参 30g，细辛 3g，川牛膝 15g，僵蚕 15g，川木瓜 15g，胆南星 10g，通草 0.5g。守法守方调治近半年头痛消失，精神转佳，下肢有力，拄杖可行。

（乔振纲）

李丹初

治疗慢性肾病的临床经验

李丹初主任医师医治慢性肾病，十分重视“审证求因、分清虚实”，“扶正祛邪、标本并治”。掌握脾肾为本的正气虚衰和湿热瘀滞的邪实特点，临床应用益气健脾，滋阴补肾、疏理气机、燮理阴阳、清热利湿、化瘀解毒等法则，对诊疗和研究肾病具有重要的学术价值。

脾肾为本　兼理标邪

慢性肾病属于中医水肿、虚劳的范畴。水肿是慢性肾病的主要临床表现，李氏认为肾病水肿的原因与外邪内侵、禀赋不足有关，因此，在临床上常用急则治其标、缓则治其本，或者标本兼施、扶正祛邪并举的治疗原则。所谓治标，即重在祛邪，如急性期多用疏风解表、宣肺利湿或解毒行水之法，以宣畅三焦，通调水道，达邪外出，防止外邪内陷而加重病情发展。与此同时，还需佐以照顾脾肾之药，寓祛邪不忘扶正之意。所谓治本，本在脾肾。诚如朱丹溪所云：“惟肾虚不能行水，惟脾虚不能制水……肾水泛滥反得以浸渍脾土，于是三焦停滞，经络壅塞，水渗于皮肤，注于肌肉而发肿矣。”《诸病源候论》载：“水肿者，由于脾肾俱虚故也，肾虚不能温阳化气，脾虚不能制水，故水气盈盈，渗溢肌肤，流遍四肢，所以通身肿也。”李氏对慢性肾病的治疗，十分注重培补脾肾。盖脾主升清和运化，肾主水和蛰藏，俾使脾气健运，肾阳振奋，津液才得输布，浮肿、尿水、腹满诸症方随之而平。《景岳全书》在肿胀篇中曰：“消伐所以逐邪，逐邪而暂愈者，愈出愈强……岂有假愈而果愈者哉。”李氏推崇景岳治水肿的学术思想，认为清下只是侥目前之幸，崇脾肾才是治本之图。健脾药常以党参、白术配枳壳、陈皮，有补有行、补而不滞；补肾药习用枸杞、菟丝子、巴戟天、淫羊藿、破故纸，配泽泻、车前草、茯苓皮，有补有行，相反相成。此方组成精细，健脾气，强运化功能，补肾气，壮气化之职。后天充，先天足，浮肿易愈。尤以定位脾肾定性气虚者效果甚验。

若施治不当，病延日久，必然累及他脏，酿成脾虚血少不能养心、肾，精耗不能涵木，脾肾两虚、心肺失调等诸证。慢性肾炎病患者，常有虚中挟实之候，在治疗虚证时，要考虑其实邪。如患者雷××，男，39岁，1988年11月因患慢性肾炎由市某医院转入我院门诊，证见面肢浮肿，腰膝酸软、少气乏力、纳差便溏、小便短少、舌红苔白腻、脉弦细弱。尿检：蛋白（+++），脓细胞少许，辨证定位脾肾，证属气虚，遂拟健脾益肾法治疗。上方加减治疗月余，浮肿时起时伏，尿蛋白反复波动，详询病史，缘患者平素多汗易感。宜标本同治，在健脾益肾的基础上加用黄芪、防风、蝉蜕、僵蚕等益气固表、利咽解毒之药。医治三月，浮肿消退，纳谷增加，精神康复，尿检蛋白持续阴性。故治肾病以脾肾为本，但兼证不可不顾及，更不可泥于肾病只治肾，否则难以奏功，此乃水肿之病又非独调理脾肾之理也。

益气健脾　滋阴补肾

慢性肾炎蛋白尿的形成，从临床观察看来，主要由于脾肾亏损所致。脾主升清，肾主蛰藏。唐容川谓：“脾土能制肾水，所以封藏肾气也”，乃从一个角度强调了脾的重要地位。经云：“肾者，胃之

关。"则说明了脾胃纳谷化精、升清降浊的根本在于肾。肾亏则关门不固，升清失职，遂致精微物质下流。蛋白质是人体内的精微物质，宜藏不宜泄，其漏泄于尿有多种因素，或因正虚，或因邪实。正虚由脏腑功能失调，气血阴阳不足；邪实缘于湿热、风邪、瘀血等等。对此李氏认为正虚为其根本，而脾肾气阴亏虚是其根本之因素。

治疗慢性肾炎蛋白尿重在培补脾肾、调理五脏，益气健脾、滋阴补肾为之根本法则。益气健脾药常选紫河车、黄芪、党参(太子参)、白术、茯苓、山药等，滋阴补肾药习用桑椹、首乌、枸杞、枣皮、菟丝子、巴戟天、淫羊藿等，同时配以当归、白芍、丹参养血活血，源于肝肾同源的生理特点。全方俾使脾得健运，升清统摄，肾气得充，精关乃固，肝血得养，气血充足，以达先天生后天，后天助先天，固摄精血的作用。上述方药每日一剂，浓煎服，日服二次，每次150ml，或研末为丸，日服三次每次6g，两个月为一疗程。实践证明，此方对治疗慢性肾炎蛋白尿脾肾气阴两虚型，改善肾功能有较好的疗效。

治疗过程中当视其临床表现随症加减。蛋白尿往往因兼挟标邪而波动，若浊气上逆，郁滞咽喉，须佐以蝉衣、僵蚕、蓝根、元参或大青叶、连翘、黄芩之类以解毒利咽；若湿热内蕴又当急予公英、地丁、栀子、忍冬藤、地肤子、苡仁等清利解之；若感受风邪，当投桑叶、菊花、薄荷、防风等疏风解表；若有瘀血见症即可用赤芍、川芎、泽兰、益母草活血通络。此乃抓其根本、留意标邪，顺其演变，因势利导，切不可拘泥一方一药。

温阳护阴　燮理阴阳

温阳化气是治疗慢性肾炎的重要法则。阳衰则气不化，浊气上泛，水湿潴留。阳气充沛则气化，水津四布，浊阴下降，水湿遂利。由于肾病罹患日久，易出现阳气受损、阴液耗伤的阴阳两亏证候。因此，李氏主张以温阳护阴的治法，燮理阴阳。取温阳之法，慎用辛燥之品。若滥用辛燥，难于中病，又戕伤阴液，致使病情复杂。并强调辨证要准，凡舌体胖、有齿痕、舌质淡、苔白腻、脉沉细者，方可采用温阳化气治之。选温阳药时又慎用附子、肉桂之类，应本着阴中寓阳、阳中寓阴的原则，选用大云、菟丝子、巴戟天、淫羊藿、破故纸之类。王好古云："命门相火不足者，以此(淡大云)补之，乃肾经血分药也。"《本草品汇精要》亦谓："菟丝子性平散缓，主强阴益精。"可见这类药温而不燥，诚可谓温阳化气之佳品，使用养阴护阴药时，不能选腻滞之类，习用桑椹、枸杞、首乌、女贞、白芍、玉竹等。李氏曾治一慢性肾炎尿毒症患者，全身浮肿，面色㿠白、恶心呕吐、溺少便溏、月经停闭、舌淡苔白、脉象细缓，检查肾功能受损。综观诸症，实属阴虚水泛、浊阴上逆所致，水肿、关格病证谛也。投温阳利水导浊、育阴和胃剂：菟丝子、巴戟天、淫羊藿、白术、姜夏、陈皮、桑椹、枸杞、地肤子、茯苓皮、泽泻、茅根、车前子、当归、白芍等，病情稳定，逐渐向愈，上方加减调治十月余，浮肿消失，面色红润，尿常规、肾功能均正常。

本病定位脾肾亏损、胃失和降、性属阳虚水泛、阳损及阴、血无化源。在治疗过程中，没投大辛大热之味，始终本着温阳护阴、燮理阴阳的原则，守方调治。方中菟丝子、巴戟天、淫羊藿温阳化气，为君；白术、姜夏、陈皮健脾和胃，茯苓皮、泽泻、茅根、车前子利水，为臣；当归、白芍、桑椹、枸杞滋肾养肝，调护阴液，为佐；妙在用"地肤子……利小便，补中益精气"(《神农本草经》)为使。全方温而不燥、补而不滞、利而不寒，配伍周到，用药恰当，故奏全功。

滋阴凉血　通利导热

血尿是肾炎的重要症候之一。少数肾炎患者，浮肿并不明显，而以持续血尿为临床特征治疗颇为棘手。肾炎的血尿当与肾结核、泌尿系结石、肿瘤等鉴别。肾结核属于祖国医学虚劳病范畴，以血尿不痛、体虚潮热等指征，治宜解毒养阴；泌尿系结石属于淋证，以小便短赤、涩痛难忍为特征，治宜

通淋排石；泌尿系肿瘤大抵属于癥瘕范畴，治宜化瘀散结、软坚消肿。肾炎的血尿，病人尿无所苦，多伴轻度浮肿、腰膝酸软等症。李氏指出，治疗此病切忌见血止血，否则愈止愈瘀，血愈外流，造成恶性循环。更忌用温燥伤阴、苦寒耗液之品。当益阴固其本、通利顺其性，李老喜用首乌、桑椹。因“何首乌能养血益肝、固精益肾……为滋补良药，不寒不燥，功在地黄、天门冬诸药之上。”（《本草纲目》）“桑椹子益肾脏而固精。”（《滇南本草》）。并用女贞子、旱莲草，凉而不寒，滋而不腻，于阴虚血热之证，用之最为合拍。阴虚生内热，或肾亏相火旺者，又当与知母、生地、黄柏、栀子，折其火热之势。通利则用车前草、茅根、泽泻等，利而不伤正。李老善用生地榆，认为其性寒味苦，善清下焦血分之热，不独便血用之，治疗肾炎尿血亦有奇功。不过在用法上略有不同，前者以地榆炭为宜，后者以生地榆为宜。

病例：张××，男，26岁，患无痛性血尿年余，曾在某医学院附属医院作膀胱镜检、肾盂造影检查，排除其它病变，诊断为IgA肾炎，证见肉眼血尿，腰痛、轻度浮肿，阴茎易勃起，每周遗精一次，舌红苔薄黄、脉弦细。尿常规检查：蛋白（+）红血球25－50/HP，白血球（－），血压16/10KPa，肾图提示肾功能损害不明显。中医辨证定位在肾，定性为阴虚火旺，脉络受损。治宜滋养肾阴、清泻相火、导热外出。处方：制首乌15g，生地20g，茅根15g，栀子12g，女贞子12g，生地榆20g，知母10g，黄柏12g，丹皮12g，小蓟15g，旱莲草12g，泽泻12g，车前草12g。

服上方10剂，腰痛减轻，尿蛋白微量，红血球5－10/HP，白血球0－1/HP。守方去栀子，加桑椹子15g，再进12剂，诸恙悉平。尿检：蛋白（－），红血球（－），白血球（－）。宗上方去知母、黄柏，加熟地、山药、枸杞善后巩固。

此例曾多处求医，前方不外小蓟饮子、知柏地黄汤之类，止血不效，补亦少功，罔效何故？究其小蓟饮子多为湿热血淋之用，此例欠当；知柏地黄汤系滋肾泻火之方，惜力不逮。今用之方，一面滋补肾阴，清泻相火，另一面淡渗利尿，导热外出。方用制首乌为君，女贞子、旱莲草甘酸能敛，甘凉凉血，配以生地增强滋阴益肾之力，又以知母、黄柏坚阴，丹皮、栀子泻火，相火清，则血宁。小便以通为利，方用车前草、泽泻淡渗利尿，佐地榆、小蓟同用，为治标而设。茅根集清热生津利尿、凉血止血为一体，用于此类患者，更为恰当。全方补中有泻，泻中有坚，坚中有利，利中有止，止中有行，配伍周到，丝丝入扣，因而能获全功。

益气保元　化瘀泄浊

慢性肾炎，病程日久，阴阳俱伤，气血两亏，导致肾功能衰竭，病发“关格”、“溺毒”。清阳不升，浊阴泛滥，充斥三焦，上扰胃腑，下阻膀胱。甚则肝风内动，浊毒伤血，水凌心肺，蒙蔽心包等一派危象。整个病变过程显示出脏腑衰败、精气亏损、浊邪瘀阻、水毒潴留错综复杂、虚实多变的证候特点。但究其根本仍为肾元虚损之由。因肾气不足，蒸化无力，气不化水，水湿内阻；肾气受损，脾土失于温养，脾的运化功能失健，水液代谢失常，致使水湿潴留；水湿蕴结生热，湿热积久化浊，湿浊瘀毒不能及时祛除。在临床中李氏始终抓住肾元亏损的根本病机，掌握虚、实论治的重要原则，采取扶正固本与祛邪治标相结合的方法，选用益气保元，化瘀泄浊的药物，对改善病情，延缓生命有效好的作用。

治疗方法是汤丸并用。益气保元汤：紫河车、黄芪、党参、白术、陈皮、熟地、枸杞、菟丝子、巴戟天、淫羊藿等，若偏于阴虚去巴戟、淫羊藿，加生地、首乌、白芍，每日一剂，浓煎二次，共取法300ml，分二次温服，三个月为一疗程。化瘀泄浊丸：蜈蚣（去头足）、水蛭、土鳖、丹参、大黄等烘干研末，水泛为丸，梧桐子大，日服二交，每次6g，15天为一疗程，间隔3～5天，再行第二疗程。

方中紫河车，系血肉有形之品，性味甘温入肾经，禀父母精气而成，得母子气血居多，故能峻补营血，与黄芪合用能加强益气养血之功；熟地、枸杞、首乌能滋养肝肾，填精充髓改善肾性贫血；菟丝

子、巴戟天、淫羊藿温补肾元，扶正固本；党参、白术、陈皮燥湿健脾以助其根。俾使脾得健运，升清统摄，肾气得充，精关乃固，肝血得养、气血充足，改善和保护肾功能以治其本。丸药中，蜈蚣、水蛭、土鳖、丹参、大黄以解毒化瘀，通腑泄浊、改善高凝，加快有毒物质的排泄，减少有害物质的重吸收以治其标。汤丸合用，达到益气保元、化瘀泄浊的目的。如患者吕××，女，40岁，于1991年3月11日同济医院检查，确诊为"慢性肾盂肾炎"、"慢性肾功能衰竭尿毒症期"而就诊收院。证见面色晦暗，而浮肢肿，恶心呕吐，口中尿味，神疲乏力，纳呆腹胀，腰膝酸软，畏寒冷，大便溏薄，小便频短，舌淡暗、苔浊腻、脉沉细。实验室检查：二氧化碳结合力20.3mmol/L，尿素氮22.8mmol/L，血肌酐609.9mmol/L，血色素40.8g/L。中医辨证：脾肾阳虚，浊毒瘀阻。拟上述汤、丸合治，西药纠酸、利尿、抗感染等，治疗两月余，浮肿消退，纳谷增加，精神好转，诸症悉平。实验室检查：血尿素氮下降50%以上，血肌酐下降30%，血色素上升，酸中毒得到纠正，显效出院，随访半年无恙。

（王柏枝）

吕继端　　脑病治痰经验举隅

吕继端教授根据"怪病责之于痰"，"百病皆因痰作祟"的理论，指导临床治疗脑病，疗效显著，撷取四则，以飨读者。

化瘀豁痰，通络开窍治愈脑结核瘤

段某某，男，30岁，工人。1991年8月12日初诊。3月觉左面颊麻木，偏瘫，伴腹痛甚，某医院拍片诊断：回盲部结核，双肺结核。4月25日颅脑CT报告，小脑环形增强影明显，大小约18×16mm，壁不厚，胼胝体前部呈小结节状增强。为颅内多发占位病变，结核可能。颅内病变经抗结核药治疗无明显好转，建议手术治疗而拒绝，转诊中医。是时左面颊麻木，视物错花，时时呕吐，语言謇塞，口角及舌体左侧㖞斜，思维、饮食正常，右侧偏瘫、麻木，左侧发冷，不能站立，大便干燥，2—3日一行，小便调，舌红边紫苔白腻，脉细弱。证属瘀血挟痰，凝注脑络，予以化瘀豁痰，通络开窍，选通窍活血汤合金水六君煎加减：丹参30g，川芎、全蝎各6g，蜈蚣二条，白蔹、细辛、生地、土茯苓、当归、瓜蒌仁各15g，浙贝母20g，红花、桃仁、法夏、陈皮、红蚤休各10g，水煎早晚分服。服药3剂，呕吐止，半身发冷、麻木明显好转。三诊服药45剂，诸症明显减轻，可单独行走，呈慌张步态，向左倾斜，仍有头晕眼花，时现复视，面部浮肿，张口限制、咀嚼困难，大便干结，舌红苔黄腻，脉细滑。上方去蜈蚣、桃仁、生地，加蒙花、葛根各10g，白芍30g。4月共11诊，服药138剂，症状基本控制，仍感头晕、口苦、唇麻，睡眠不安神，走路步态欠稳，左脚发凉，大便不通畅，每日一行，舌红苔薄黄，脉软和，转手滋阴清热，药用丹参30g，首乌、白芍各20g，枸杞、白蔹各15g，菊花、黄芩各6g，水煎早晚分服，共120剂，临床症状消失。1992年4月2日颅脑CT扫描未见异常，9月份恢复正常工作。

按：本病为阴血亏虚，痰湿内停，致使血流运行不畅，瘀阻经络，脉道不通。如朱丹溪、唐容川等提出："痰夹瘀血，遂成窠囊"，停于颅内而见脑结核瘤。表现面部麻木，舌謇唇偃，语言不清，偏瘫、肢冷、阴血不能上荣于脑，则视物晕花。故予丹参、川芎、桃仁、红花、全蝎等配伍贝母、陈皮、法夏以化瘀豁痰，通络开窍。药后痰开瘀化，经脉通畅，气血灌注，病体逐渐康复。

先生在辨证过程中，根据脑结核瘤的特点，选用白蔹、红蚤休、土茯苓等善治恶疮痈肿的药物，加入辨证方中，使本病获出奇制胜之效。

益肾补脑，化瘀涤痰康复脑萎缩

张某某，男，64岁。1991年3月21日初诊。1987年底感双下肢乏力，逐渐出现语言不利，定向力减弱，双下肢震颤，1990年5月12日某医院颅脑CT报告(CT号31875)双侧额、颞部蛛网膜下腔增宽，提示脑萎缩。西药治疗症状改善不明显。诊时双下肢震颤，举步困难，语言不利，定向力减弱，头晕目眩，视物不清，表情淡漠，动作迟缓，大便秘结，小便失控，舌质暗红，舌体左斜，苔白腻，脉细。证属肝肾两亏，痰瘀阻络，治宜益肾补脑，化瘀涤痰。药用淡大云、菟丝子、丹参各24g，熟地、桑螵蛸各15g，法夏、制胆星、红花、益智仁各10g，茯神20g，辛夷(包煎)、全蝎、炙远志、石菖蒲、川芎

各 6g。28 剂，病情稳定，肢体震颤好转，步履已稳，语声较前有力，记忆力稍有增强，仍小便失控，夜间为甚，停药即睡眠不宁，梦呓哭笑，舌暗红苔白，脉细。上方去全蝎、红花，加覆盆子 20g，煅龙牡各 30g。共服药 343 剂，小便失禁已愈，诸症皆除，生活完全自理。

按：老人髓海亏虚，肾精渐耗，伴痰瘀阻络，而致筋脉失濡，神志散乱，予以益肾补脑，化瘀涤痰为主治疗获效。本病用药特点：(1)补益之药多味厚药重，须配芳香上窜头顶之辛夷直达病所，独擅流动气机之效。(2)益肾补脑与化瘀涤痰之品同用，使痰开瘀化络通，脑脉得养，髓海得充，脑气与脏气相接，窍开神清，思维、记忆恢复正常。

理气解郁，化痰开窍安神消除精神分裂样精神障碍

胡某，女，16 岁，学生。1991 年 8 月 17 日初诊。诉 91 年 4 月突然出现傻笑，乱说，吵闹，某精神病院诊断为精神分裂样精神障碍。住院经用大剂量氯丙嗪、安坦等药治疗好转出院，改用中药治疗。诊时幻听、每天发作 10－20 次不等，每次 1－2 分钟，声音内容主要是议论自己，性格胆小，不敢独睡，孤癖，偏执，头晕，睡眠多梦，易烦躁，不能正常学习而休学，食欲不振，大便先干后溏，隔日 1 次，白带多，舌淡边有齿印，苔薄白腻，脉细滑。证属痰气郁结，扰及清窍，治宜理气解郁，化痰开窍安神，方用顺气导痰汤加减：生铁落、煅磁石各 30g，浙贝母、丹参、合欢皮、茯苓神各 20g，天竺黄、制胆星、橘红、神曲各 10g，麦冬、香附各 15g，炙远志、石菖蒲各 6g，黄连 3g。另配竹沥口服液 30ml，每日 3 次口服。服药 3 剂，幻听每天减少到 5－6 次。服药 28 剂，幻听每天 2－3 次，每次 10 多秒钟，多晨起出现。心情舒畅，能与家人谈笑，睡眠正常。上方去铁落、黄连、竹沥口服液，加百合 30g，生地 20g，煅龙牡各 40g。共服药 140 剂，症状完全控制。半年后随访已复学，各门成绩优秀。

按：本病类似中医癫证，系忧思伤脾，郁而化痰，痰气郁结，神志被蒙，则精神抑郁不畅而多疑、恐惧害怕，丁甘仁说："痰蒙心则多疑，时闻申申之詈"，故用顺气导痰汤加减，以理气解郁，化痰开窍安神。方用贝母、橘红、胆星、茯苓、竹沥理气化痰；配香附行气解郁；加菖蒲、远志化痰开窍；铁落、磁石、龙牡镇惊安神；《医林纂要》称铁落有"宁心神，泻妄火，坠涌痰"，久用易耗阳气，只宜短期应用。配麦冬、生地、百合预防化痰药物伤阴；痰浊久留不去，影响气血运行而血瘀，故用丹参活血祛瘀，清热除烦；少量黄连以防癫证痰郁化火，变为狂证。由于方药对症，很快康复。

补肾活血，化痰息风改善椎—基底动脉供血不足

邹某某，男，46 岁，干部。1991 年 9 月 3 日初诊。诉 90 年 10 月 21 日突发头晕、恶心，双下肢乏力，四肢麻痹，不能走路，某医院诊断椎—基底动脉供血不足。经用中药补肾，活血化瘀和西药治疗，效果不佳。诊时精神差，头晕如钟摆，颅内似有气体流窜，眼睛发胀，耳鸣似蝉叫，听力明显下降，走路似醉汉，大便不成形，每日 2－3 次，小便调，舌红中心有裂纹，苔薄白腻，脉弦细。证属肾精不足，痰瘀挟风上蒙清窍，予以补肾活血，化痰息风。选用左归饮合半夏白术天麻汤加减：淮山药 20g，熟地、白芍、茯神各 15g，山萸肉、枸杞、蒙花、天麻、法夏、陈皮、丹皮、神曲各 10g，菟丝子 25g，葛根 4.5g、川芎 6g。水煎早晚空腹服。服药 30 剂，精神好转，头晕明显减弱，颅内气流减少，仍耳鸣，声音时大时小，步态欠稳，舌红少津，脉弦细。上方去神曲、丹皮、白芍，加盐水炒黄柏 6g，煅磁石 20g，制首乌 10g，全蝎 4.5g，再进 30 剂，临床症状消失，恢复正常工作。

按：本病为本虚标实。虚者肾精不足，不能上承于脑，即《内经》"髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩晕，目无所视，懈怠安卧"，实者为痰瘀阻络，脉运不通，挟风上干，蒙蔽清阳，故用左归饮加减以补益肾阴，半夏白术天麻汤加减以补脾燥湿，化痰熄风，少加川芎活血通络。后期有精血下亏，虚风上浮之势，故加黄柏、磁石潜镇，首乌补肝肾，益精血，全蝎祛风。

(张赤志)

王嘉林　　慢性结肠炎的治疗经验

慢性结肠炎属中医"泄泻"、"久痢"范畴。以腹痛、腹泻、粘液便为三大症状。重者结肠镜下可见粘膜溃疡、出血点等改变,轻者仅见结肠粘膜不同程度的水肿、充血、血管走行不清。大便常规检查可见粘液便、红白细胞。大便细菌培养无病原菌生长。

随王老师治疗本病72例,均取得临床症状消失的满意疗效。总结其经验,大致可归纳为"一个认识,二个疗法,三个辨证分型,四个用药原则。"现简述如下。

一个认识——泄泻之根,无不源于脾胃

脾主运化,胃主受纳。若脾胃虚弱,水谷不化而为湿滞,湿邪粘腻,初期在经,久之入络。在经伤气遂成泄泻,入络伤血蕴化为疡。迁延日久则脾肾阳虚,肾为胃之关,肾阳不足,命门火衰,不能温养脾胃,以致泄泻顽而不愈。正如《景岳全书》中说:"若饮食失节,起居不时,以致脾胃受伤,则水反为湿,谷反为滞,精华之气不能输化,致合污下降而泻利作矣。"

两种疗法——内治与外治并举

本病以内治为主(后文专述),配合灌肠、喷敷和针灸,经验证明可提高疗效。灌肠法虽归类于外治法,实属一种特殊内治法。因大肠虽不具备消化功能,但对药液有直接吸收、渗透、扩散作用,对粉剂亦有较好吸附力。灌肠还可避免某些中药对胃的刺激。

王老师使用的灌肠药物,一般是以锡类散1g至2g,混于第三煎汤剂中,视病情不同,取50至200毫升不等。保留灌肠。喷敷法是指在直肠镜下,将自制药粉(注)喷布于溃疡面。此外,嘱病人在神阙、足三里两穴姜灸15分钟,日两次,温脾阳之力效著。

三个辨证分理——湿热、脾虚、阳虚

王老师:"辨证即是对繁杂的症状群进行分析综合,找出共性、由博返约,方可执简驭繁。"他指出三个分型最有概括性:

1、湿热型(相当于慢性结肠炎急性发作期)

(1)主症:粘液血便,日10至20余次,里急后重,腹部绞痛,痛则腹泻伴发热、倦怠、纳呆,舌苔白腻或黄腻,脉弦细数。

(2)辨证:大肠湿热,脾虚肝旺。

(3)治法:清热利湿、健脾和肝。

(4)方药:白头翁汤、槐花散、葛根芩连汤化裁。方外药常加防风、当归、白芍以散风和肝。

2、脾虚型(相当于本病缓解期)

(1)主症:面色皖白,食欲不振,呕吐腹胀,消瘦乏力,少腹隐痛,大便日3至5行,稀伴粘液。舌苔薄白质淡,脉细无力。

(2)辨证：脾阳不振，湿邪未清。

(3)治法：温补脾阳，和胃燥湿。

(4)方药：参苓白术散加减。方外药常加炒苍术、炮干姜、薏米等，以加强温脾利湿之功。

3、阳虚型(相当于慢性结肠炎迁延期)

(1)主症：病程迁延日久，少食神疲，腰酸腹痛，恶寒喜暖，五更泄泻，日 3 至 5 次，稀便或食谷不化，偶有粘液，舌苔薄白质淡，脉沉。

(2)辨证：脾肾阳虚，大肠虚寒。

(3)治法：温补脾肾，固肠止泻。

(4)方药：四神丸、真人养脏汤、芍药甘草汤化裁。方外药加伏龙肝、炮附子以固涩壮阳。

四个用药原则——益气养血贯穿全局；增减斟酌夹实夹虚；涩肠止泻审时度势；佐药不外风血渗利。

1、益气养血务须贯穿全局。无论何种类型，要始终掌握"健脾胃而固中州"的原则。健脾药可用于每一例患者。从近年来中西医结合研究成果证明，中医的"脾"与机体免疫功能有关。脾虚时则机体免疫力下降，毛细血管通透性增加。采取补气养血法不仅能纠正脾虚，也能改善免疫功能，从而提高疗效。

2、药物增减当辨夹实夹虚。对本病的内治虽分以上三型，但王老师特别强调，临证时病人情况不同，用药后变化迥异，各期症情常交互参杂。故加减药物首当视虚实何者为重。实证夹虚者不可一味苦寒以致败胃，宜加平补之品如山药、扁豆、莲子等；虚证夹实者又不可拘于"久病必虚"，要知"单补无益"，则于温药中佐以甘凉如白芍、秦皮、鸡冠花、土茯苓之类。又如里急后重一症，每因便血量多而加重，宜加军炭、焦榔；腹痛重每因气滞不通而明显，宜加木香、乌药、沉香面。

3、涩肠止泻还要审时度势。王老师指出涩肠之品的应用先后值得探讨，如虚寒之慢性泄泻，不可一开始即用赤石脂、诃子、米壳等收涩之品，因其脾阳未振，闭关收涩而湿滞内留，应先予以温补之剂调理，候脾肾之阳渐振，大便溏泻虽减未止，再佐以固涩止泻，可助疗效；若见脾肾阳气大虚而成滑脱之象者，又当别论。灵活掌握可达事半功倍之效。

4、佐药不离风、血、渗利。本病系湿邪为患，故当佐以散风之品如防风、羌活，所谓"风可胜湿"之理，常可得颇佳疗效；本病日久多人血络，便血者当加槐花炭、地榆炭、三七粉等止血化瘀药；若泻重者应分流以缓势，利小便以实大便，又叫"旁开支流"，宜运用平和甘淡渗湿药如炒车前子、茯苓、泽泻、赤小豆等。

煎服药法：宜文火久煎，使其味厚人中焦，饭前服。尤重在睡前灌肠，因睡后肠蠕动弱，肠道保留时间长。还须嘱病人饮食以少渣高蛋白为宜，忌生冷、贪凉、生气、急躁。

(注)：自制溃疡面喷粉剂处方：

煅乌梅粉 6g，青黛 6g，黄连粉 3g，三七粉 1.5g，白药面 6g，珍珠母 6g，枯矾 3g，冰片 3g。研为细粉备用。

(荣文舟)

周信有　　乙型肝炎的辨治原则与“舒肝消积丸”的研制

周信有教授在数十年的医疗实践中，对疑难病证潜心研究，尤其是对乙型肝炎更有独到之处。近几年来，摸索出一套治疗乙型肝炎行之有效的辨治经验。并在此基础上，研制出可通治各型肝病的“舒肝消积丸”，现从周氏对乙型肝炎在辨证分型和治则用药方面的特点加以叙述。

辨证分型

乙型肝炎辨证分型，诸家见解各有不同。周氏认为，根据乙型肝炎的临床症状、体征和病理特点，可分为湿热未尽型、肝郁脾虚型、气阴两虚型和虚瘀癥积型四种。

周氏认为，各型肝炎的症状和病理特点，除一般表现胁痛和由肝及脾、肝强脾弱所出现的纳差、疲乏等共有症状外，湿热未尽型突出的是“湿热蕴结”，其存在显示了一种病情活动的现象。此型可见于慢性迁延性肝炎，亦可见于慢性活动型肝炎。

肝郁脾虚型一般病情变化较轻，其症状特点突出表现为肝强脾弱，脾虚不运所出现的胁痛，纳差，疲乏等，其肝脏损害尚不严重，肝功能改变较轻。

气阴两虚型比肝郁脾虚型病情进一步严重，突出的是以虚为主。虽然“虚”的症状如疲乏无力等病理变化为各型所共有，而本型疲乏无力的程度是由轻转重，甚至感到疲乏不支。而且有的还因气损及阴而出现口燥咽干、心中烦热等阴津不足现象。

虚瘀癥积型是四型中最严重的一型。此型突出的是虚与瘀交互出现的病理特点。如症见虚羸不足、疲乏无力、胁下癥积、面黧舌暗、腹水蛊胀、腹壁青筋等。多见于慢性活动型肝炎或兼肝硬化者。肝络阻塞、血瘀肝硬、肝脾肿大之“瘀”与肝脏抗病能力低下，正气虚损不足之“虚”密切相关，而肝脾肿大，瘀血不行，又可导致新血不生，而成为促进气血虚损不足的因素。这突出体现了“虚”与“瘀”互为因果，形成恶性循环的病理特点。

另外，肝硬化腹水潴留，其发病机理，一由脾肾两虚，肾虚不化，脾虚不运，而致水液潴留，此因虚而致；一由肝失条达，气血瘀滞，血不循经，津液外渗而成腹水。即《金匮要略》所谓“血不利则为水”。此又因瘀所致。

周氏指出，尽管临床上证型分类各异，但由于都属于“肝系疾病”，因此四型之间的病理变化上常互相影响，而在症状表现上也往往是交互出现的。如四型的临床表现都可以出现胁痛，以及“由肝及脾，肝强脾弱”而致的纳差，疲乏等症，又如“湿热夹毒”是湿热未尽型的主要致病因素，但湿虚留恋持续存在又贯穿于乙肝疾病的全过程，为四型所共有。气阴两虚型和虚瘀症积型病情变化都比较严重，二型之间，前者是以“虚”为主，后者更侧重于“瘀”的表现。实际在临床中，“虚”与“瘀”之间多不是孤立地出现，常表现互为因果、错综复杂的特点。如肝硬化按证型分类属于“虚瘀癥积”型，突出表现胁下癥积、腹水蛊胀等“瘀”的证候特点。但由于肝硬化晚期代偿失调出现腹水，水邪潴留而不化津，体液循环中之有效体液量减少，亦常出现口燥咽干、舌质红绛、阴津严重亏涸的现象。此时预后较差，应警惕有出现肝昏迷之可能。可见周氏对本病的临证分型能够概括全面、综合分析。既有

侧重，又不拘泥。

此外，周氏还善于将"宏观辨证"与"微观辨证"相结合。他既重视望、闻、问、切所得出的宏观指标，又不忽视借助现代诊疗技术所得出的微观指标。在分析证情时，将两者有机结合起来，从而使证型分类更加准确和深入。如周氏认为湿热未尽型，其微观表现大多伴有血清胆红素及SGPT的增高，而作为肝炎主症的"疲乏"，其程度常与肝功能损害这一微观指标相一致。肝功能损害严重时，全身乏力也严重，肝功能稳定或好转时，乏力也减轻。这是由于肝病引起的肝功能损害使肝脏对碳水化合物、脂肪、蛋白质的中间代谢受到障碍，使能量产生不足所致。虚瘀癥积型，其胁下癥积的形成，是由于肝络阻塞，结缔组织增生及假小叶生成，肝血流障碍而导致肝脾肿大。这些微观方面的深入分析，常使周氏在处理肝系疾病，尤其是病情危重时，遣方用药更具针对性和预见性，从而起到防微杜渐、转危为安的效果。

"清解、补虚、祛瘀"综合运用的治疗原则

综上所述，周氏认为乙型肝炎的病机不外湿热、虚、瘀为主，而表现正虚邪实、虚实挟杂的特点。湿热夹毒、邪毒留恋、乙肝病毒持续存在，是致病的主要病因；正气虚损，免疫功能紊乱或低下，是发病的重要病机，肝失条达、气滞血瘀、微循环障碍，又是本病的基本病理变化。因而他认为对本病治疗的总原则，不外清解、补虚、祛瘀三法。

清解祛邪是针对湿热邪毒而治。有清除病因、抑制肝炎病毒和促使澳抗转阴的作用。另外，通过清热解毒还可以减轻肝实质炎症，防止肝细胞坏死和促进肝细胞恢复与再生，进而导致血清转氨酶恢复正常。

补虚扶正目的是增强正气，提高免疫功能。根据祖国医学"肝病传脾"、"乙癸同源"的理论，肝病补虚当以培补脾肾为主。脾肾为气化之源，补益脾肾不仅可以增强正气，提高免疫功能，而且亦能促进病毒的清除和使澳抗转阴，滴度下降。

活血祛瘀目的是针对"瘀"而施治。"瘀"包括了肝络阻塞、微循环障碍和纤维形成。纤维形成是各类肝炎向深重发展的重要因素。活血化瘀具有扩张肝脏血管，改善血液流变，改善微循环和抑制纤维形成的多方面作用。从而减少病变部位的缺血，改善肝脏营养及氧气供应，防止肝细胞的坏死和纤维组织增生，加速病灶的吸收和修复，以及软缩脾脏，降低门静脉高压的作用。所以活血化瘀是治疗急慢性肝炎和肝硬化的重要方法。

周氏认为，乙型肝炎是湿热、虚、瘀等综合因素面形成，构成乙型肝炎正虚邪实，虚实挟杂的病理变化特点。在确定治疗原则和遣方用药时，必须清解、补虚、祛瘀等三种方法综合运用，整体调节。在此基础上，再按证型的不同，各有侧重，灵活掌握。他指出在治疗上，任何仅用一方一法，都必然会带来某种局限性，影响治疗效果。根据三法合用的治疗原则，周氏确定一基本处方，通治各种病毒性肝炎。再按证型的不同，随证加减：

基本处方：柴胡9g，茵陈20g，板蓝根15g，当归9g，丹参20g，莪术9g，党参9g，炒白术9g，黄芪20g，女贞子20g，五味子15g，茯苓9g。水煎服，亦可共碾为末，炼蜜为丸，每丸重9g，日服三丸。

方中以柴胡调达肝气，茵陈、板蓝根、茯苓等清解利湿、抑制病毒，当归、丹参、莪术等养血调肝，和血祛瘀，以扩张肝脏血管，增强肝内血液循环和增加肝脏血流量，从面起到改善肝脏营养及氧气供应，防止肝脏细胞损害、变性和纤维组织增生，以防止肝病的发展。党参、白术、黄芪、女贞子、五味子等，为扶正补虚之品，参、术、芪健脾益气而有利于血浆蛋白的提高，改善肝功能。女贞子、五味子补益肝肾的恢复。其中五味子酸收入肝，起降酶作用。上方配伍，共成全面兼顾，而起到中药处方综合作用和整体调节作用。这是运用中药治疗病毒性肝炎的一大优势。

在随证加减方面，有湿热证候或瘀胆现象的，方中茵陈可重用40－60g，以清利湿热，再加赤芍、栀子，是出于祛瘀利胆之目的。虚羸不足严重的，如偏阳虚，酌加淫羊藿、仙茅、肉桂等，以温补肾阳，偏阴虚，酌加生地、枸杞子等，以滋补肾阴。周氏根据其长期临床经验，认为治疗乙型肝炎，如果单纯从病源学观点，选用对乙肝病毒有抑制作用的苦寒药组方治疗，往往效果不够理想。根据辨证，重用扶正培本，补益肝脾肾之品，无论证候表现、肝功能化验和免疫指标，一般都得到相应改善。在治疗上降浊和提高血清蛋白是关键。对于肝硬化代偿失调，血脉瘀滞，阳虚不化所出现的腹水，根据"去菀陈莝"，温阳利水的治疗原则，在重用补益脾肾和活血祛瘀之品的基础上，尚须酌加理气利水之品，如大腹皮、茯苓皮、泽泻、白茅根等，如此标本兼治，有利于腹水消除，恢复肝脏代偿功能。

"舒肝消积丸"的研制

周氏根据上述清解、补虚、祛瘀三法合用的治疗原则，并结合自己长期的临床经验，制成通治乙肝和各种肝病的"舒肝消积丸"。近几年来，经过二万余人次的临床观察，服药至二个月到一年之内，症状大多消失或好转。肝脾不同程度的回缩或变软，肝功能一般得到恢复或显著好转，亦有抑制乙型病毒和促使澳抗转阴、滴度下降的效果。

"舒肝消积丸"的研制成果，已通过省级鉴定，上报卫生部。又经专家组成的科研技术鉴定组进一步进行药效学实验。实验证明："舒肝消积丸具有明显的降低全血粘度和血浆粘度比值，缩短红细胞电泳时间及抑制血栓形成等作用。因而可以增强血液在肝脏血管中的流动度、改善肝微循环和解除循环障碍，有利于肝细胞的营养和氧的供给，这对肝病的恢复具有重要意义。"

舒肝消积丸不仅有减轻肝细胞变性，坏死、消退黄疸、利胆等作用，而且对预防肝硬化发生也具有重要意义。

舒肝消积丸可能是一种良好的免疫调节剂，合理应用有利于肝病痊愈。

（温丽芬）

王德光　运用木香流气饮的经验

王德光主任医师学识渊博，经验丰富，笔者兹将王老运用木香流气饮的临床经验撷要选介于下。

例一，丛××，男，58岁，92年5月21日来诊。患者于5月20日中午因公外出途中突然上腹部不适，继而出现持续性钝痛并逐渐加剧，时伴恶心呕吐，经对症治疗未见缓解。刻见：腹痛以上腹为主伴腹胀，拒按，时恶心，呕吐，不欲食，大便2日未行，无矢气，小便黄赤，口苦而干，舌尖红赤；苔薄黄少津，脉弦数有力。血常规白血球总数：$11.6\times10^9/L$，尿淀粉酶512单位，血淀粉酶64单位，B超提示急性胰腺炎。血压：20/12千帕。中医诊断：腹痛（气滞血瘀，腑气不通）。西医诊断：急性胰腺炎。治拟理气、消胀、通腑化瘀，木香流气饮化裁：

党参30g，云苓20g，半夏30g，木香5g，香附20g，青皮15g，枳壳15g，川朴20g，槟榔20g，莪术20g，柴胡20g，大腹皮50g，大黄15g后下。

药进一剂，腑气得通，矢气频频，后大便二次，腹痛、腹胀相继减轻，恶心呕吐缓解。次日起大黄改为10g同煎以缓泻下之势，两剂后、痛、胀俱解，仅遗上腹不适并仍有轻度压痛，仍按原方加减而愈。

例二，房××，女，47岁，于91年8月5日就诊。患者三天前突然出现右胁疼痛并向后背部放散，腹胀腹痛入食后更甚，伴发热恶心呕吐。B超提示：胆囊增大，壁厚70.3cm，水肿，胆汁郁积。结论：急性胆囊炎。经抗炎利胆治疗不见好转。刻见：发热，右胁疼痛，拒按，胸闷腹胀，口干而苦，恶心呕吐，溲黄便秘，舌质红，苔根黄腻，脉弦数。中医诊断：胁痛（气滞肝胆湿热）。西医诊断：急性胆囊炎。治以理气疏肝、清热利湿：党参30g，白术30g，云苓20g，生草10g，木香10g，陈皮15g，半夏30g，柴胡20g，大腹皮30g，莪术20g，槟榔15g，大黄10g（后下），川朴20g，胆草20g，白花蛇舌草50g，鱼腥草30g。

药后腹中雷鸣，连连矢气，腹胀腹痛均减轻，药进两剂大便得通，胁痛大减，恶心呕吐消失，可进食。后以柴胡舒肝汤调理而愈。

例三，张××，女，33岁，92年3月24日诊。一年半前患急性肾炎经治疗症状缓解，半年后反复出现下肢浮肿，尿常规化验蛋白波动于＋——＋＋，近半月来下肢及颜面浮肿复发。刻见：胸闷，气短，腹胀，颜面及下肢浮肿，食欲不振，舌苔白腻质略暗，脉弦细。尿常规：蛋白＋＋，红细胞2—3个/高倍视野，颗粒管型2—3个，尿素氮4.1毫摩尔/升，二氧化碳结合力23.8毫摩尔/升，血常规：红血球$3.5\times10^9/L$，BP：20/12kPa。中医诊断：水肿（气滞血瘀、脾肾阳虚）。西医诊断：慢性肾炎。治以行气滞，化血瘀，补脾肾。木香流气饮化裁：黄芪50g，白术30g，党参30g，云苓20g，陈皮15g，半夏20g，三棱20g，莪术20g，大腹皮50g，肉桂10g，附子10g，草果20g，川朴20g，枳壳20g，青皮20g，大黄5g，大小蓟各5g。

服一剂尿量明显增多，腹胀减轻，三剂后胸腹胀闷及水肿皆消，食欲亦增，精神大振，后于原方加生地、山萸、首乌、仙灵脾、仙茅等补肾之品，共服40余剂，尿常规化验正常，病情稳定。

例四，肖×，男，58岁，92年4月29日就诊。患者有慢性咳喘史20余年，每遇冬季或感冒加重，十年前诊为肺心病，半月前因感冒而咳喘加重，咳痰白粘时而兼黄色，经多种抗生素治疗无效，且逐渐出现心慌、胸闷、气短、下肢浮肿等症，加用强心、利尿、吸氧亦无明显好转。刻见：患者胸高胀满，喘促，气短，动则尤甚，时咳吐白沫痰，口唇及舌发绀，颊面虚浮，下肢呈指陷性浮肿，小便短黄，大便三日未行，苔白腻，脉弦滑细数。血常规：白血球总数 $11.4\times10^9/L$，中性分叶：72，胸透及胸片见肺内感染，肺气肿，肺心病征象。心电：呈现肺性P波，右室肥厚，低电压等。中医诊断：肺胀、气滞血瘀、痰热、肺肾两虚。西医诊断：慢支、肺气肿、肺心病、心衰Ⅱ°，肺内感染。治以理气化瘀，清痰热，补肺肾。木香流气饮化裁：半夏30g，陈皮20g，党参30g，白术20g，云苓20g，炙甘草15g，枳壳20g，大黄5g，川朴20g，槟榔15g，莪术20g，桂枝30g，附子10g。三剂，水煎服，每日一剂。5月2日复诊又服前方三剂，大便通，喘促平，小便增多，颜面下肢浮肿渐消，以后又从气阴两虚调治病情平稳。

例五，郑××，男，20岁，1991年8月21日诊。两年前因致力高考日夜攻读，疲劳过度面渐失寐，后高考落第，失眠更加严重，虽经中西药治疗仍无好转，每夜入睡困难，多梦易醒，只睡两三小时，此外尚有纳呆，胸胁胀满，记忆力减退。诊见该患者善太息，舌淡红，苔薄白，脉弦细。中医诊断：不寐（肝郁气滞）；西医诊断：神经衰弱。治以疏肝理气，安心宁神。木香流气饮加夜交藤化裁：党参30g，白术20g，半夏20g，陈皮15g，木香10g，桂枝30g，白芷15g，香附15g，草蔻20g，青皮15g，大黄5g，枳壳20g，槟榔10g，夜交藤40g，莪术10g。七剂。8月28日复诊，药后纳食增，腹胀减，每晚可得三至四小时睡眠，梦扰亦少。继用前方加生龙骨、生牡蛎各40g，七剂。9月4日复诊诸症明显好转，可酣睡六小时，后又用逍遥汤化裁服20余剂痊愈。

木香流气饮载在宋《太平惠民和剂局方》及《医宗金鉴·杂病心法诸气门》，但两者药味稍有不同。《局方》谓本方不治诸气痞塞，胸膈膨胀，面浮肢肿等症，《金鉴》言其“调治一切诸气为病”，王老师正是抓住本方“调治一切诸气为病”之旨，灵活变通于临床，对某些急、重、疑难病证的治疗每收到满意的疗效。

王老师认为，人身之要曰气曰血，气病中有虚有滞，血病中有虚有瘀，气病调气，血病则于理血剂中亦必兼以调气，补气、理气、养血、化瘀是调治气血为病的大法。他主张：为人气血调合，三焦通利，何病之有？

木香流气饮本为理气峻剂，方中虽有参、术、苓、草、麦冬之辈乃防止气药耗伤气阴而设，综观全方在组成用量上并无益气养阴之意，可是在临床当中纯属邪实而正不虚者仍属少见，特别于急、重证中往往虚实夹杂，气血兼病，阴阳两伤。王老师师古而不泥古，常把本方中之参、术等品加大剂量，使纯属理气之方一变而为攻补兼施之剂，用之临床，辄应手而愈。如例之一腹痛证扶正而祛邪，重剂急煎，倾刻而安。例二因兼湿热佐以清热利湿之品，寓清热利湿中于扶正。例三增黄芪以助人参之力，益桂、附以扶阳，加重大腹皮之用量以利水湿，俾理气方中不仅补气，进而“益火之源，以消阴翳”矣。不寐多属虚证，然肝郁气滞之极所致者颇不乏人，例五用本方加夜交藤大剂投之，取效若桴鼓。

综观上述病例，或用木香流气饮于全过程（例一），或用于疾病某一阶段（例二、三、四、五），在于随证消息之，若审证的确，则效专力宏，每起沉疴。

王老师还认为，该方中大黄一味应用尤妙，其能通腑泄浊，快利三焦，有参、术佐之则无伤正之虞，临床应用时须随证增减用量及煎煮时间，上举五例皆用大黄，用量用法确实不同。

方用大腹皮一味王老师认为是利水消肿除胀之要药，严重肿胀时用量须大，有时甚至在50～100g之间，亦可用大腹皮煎汤代水，再煎群药，若用量过少则效果不显，证之临床果是如此。

总之该方临床应用广泛，只要着眼子气机不利这一要点，辨证得当，有兼证适当加减药味，常是显效于须臾。

（杨桂森　高鸿翼）

陶克文　眩晕论治经验初探

陶老师对眩晕的论治，理法方药，自成风格。我随师临证，颇受启迪，现将其经验试述之，并浅析之。

病机认识

陶老师认为眩晕病机当从肝风立论。临床上，眩晕是以头晕眼花为主要表现，此乃风木动摇之象。经云："风气通于肝"，"诸风掉眩皆属于肝"。肝为厥阴风木之脏，与少阳相火同居，体阴用阳，其性刚，主动主升，全赖肾水以涵之、脾土以荣之而得以生发条达。若肝郁化火，肝血不足，肾阴亏耗，脾虚痰浊以及瘀血阻滞等皆可导致肝气亢逆，变动生风，风阳循经上腾，眩晕乃作。故眩晕责之于肝。正如《临证治裁》云："风及于木，木郁则化风，为眩，为晕，为舌麻，为耳鸣……皆肝风震动也。"《临证指南医案·眩晕门》华岫云按："……眩晕者，非外来之邪，乃肝胆之风阳上冒耳……此症之原，本之肝风……"。

论治方法

陶老师论眩晕之因虽有风、火、痰、瘀、虚数种，但始终强调眩晕系内风为患，非外来之风。外风当散，内风宜熄，故力倡熄风法则治疗眩晕的重要作用，重点突出一个"熄"字，同时主张求其病因所在而治之，因于火者当清火熄风，因于虚者宜补虚熄风，有痰者化痰熄风，有瘀者消瘀熄风，即在强调熄风调肝的同时，并没有忽视致病原因及其病理产物的清除。多年来，他谨守病机，灵活运用熄风五法治疗眩晕，取得了满意的疗效。

1、清火平肝熄风法

本法适用于风火上扰之眩晕，多见于高血压、甲亢、颅脑疾病等。症见头晕目眩，头胀掣痛，面红目赤，心烦易怒，夜寐不宁，口苦咽干，或耳鸣如潮，便结溲黄，舌红苔黄，脉弦或弦数。常用天麻、钩藤、菊花、夏枯草、丹皮、栀子、白蒺藜、川牛膝、车前草、白芍、甘草等药。若风火夹痰，苔腻呕涎者，加竹茹、生海蛤壳化痰止呕；火盛阴伤，渴饮苔少者加麦冬、石斛养阴生津；便结者加大黄泻火通便。

病例：黄××，男，64岁，1992年4月17日初诊。患者头晕目眩一年多，加重一月。头颅CT检查示：双额叶皮质轻度萎缩；脑血流图示：脑血管弹性减弱。刻诊自述终日昏眩，头痛时作，心烦口干，脘腹胀满，大便不畅。舌红苔黄，脉沉弦劲。此风火上扰致眩之证，拟清火平肝熄风法治之。钩藤30g，天麻10g，珍珠母30g，赤、白芍各15g，丹皮10g，栀子10g，黄芩10g，夏枯草30g，白蒺藜15g，川牛膝30g，车前草30g。服药4剂后昏眩减轻，大便畅行，风火势减，守法调治，眩晕逐日减轻，上方出入服用30剂后眩晕缓解，诸症悉退。

2、育阴潜阳熄风法

本法针对肝肾阴虚，风阳上越之眩晕而设。多见于高血压病、脑血管疾病、更年期综合征等。症见头晕目眩，颜面潮红，腰膝酸软，站立不稳，甚则昏仆，或头摇肢颤，筋惕肉瞤，耳鸣不已，少寐多

梦，舌红苔薄或无苔，脉弦细或弦而细数。常用生龟版、生牡蛎、珍珠母、生地、白芍、山茱萸、钩藤、天麻、川牛膝、女贞子、旱莲草。若少寐多梦加生龙骨、枣仁养心安神；病久入络，舌暗脉涩者加川芎、丹参化瘀和络。

病例：赵××，男，52岁，1989年12月13日初诊。患者素体阴虚。头晕眼花，左耳轰鸣重听一月多，加重一周，步履不能自主，项强不适，少寐多梦，恶心欲呕，甚则呕吐。经某医院X光摄片示：颈椎骨质增生；头颅CT检查示：左内耳道增宽0.8cm，可疑早期内耳道瘤。舌质红，苔薄黄，脉沉小。证属阴虚风动，虚阳上越，拟育阴潜阳，平肝熄风法主治。生龟版、生鳖甲、生龙骨、生牡蛎、丹参、淮牛膝、钩藤各30g，天麻10g，当归、生地、白芍、枣仁、制首乌各15g。服药六剂，昏眩大减，以后此方略有增减，速服40剂而愈。

3、养血和络熄风法

本法针对血虚气弱，肝风内起或肝风夹瘀，络脉不和之眩晕而设。多见于低血压症、颈椎病、脑血管疾病、严重贫血等。症见头晕目眩，甚则眩晕欲仆，或头项强痛，手足肢体或发麻，或挛痛，或震颤，舌质淡红或暗红，脉细弦或细涩或弦缓。常用当归、川芎、生地、赤芍、丹参、鸡血藤、首乌藤、白蒺藜、川牛膝、天麻、钩藤。若项强肢麻者加葛根、防风疏风解痉；少气自汗者加黄芪益气固表。

病例：程××，男，53岁，1988年11月22日初诊。患者一周前突发爆炸样头痛，旋即呕吐，继而昏仆不省人事，经某医院抢救苏醒后即感头晕耳闭，天旋地转，恶心欲呕。头颅CT检查示：①右侧脑颞叶深部出血可能性大，②右侧脑室体部旁见2.7×2.5cm大小的球形变化（后确诊为血肿）。脑外科医生建议手术摘除颅内占位病变。患者惧怕手术，要求中医治疗。初诊：头晕目眩，不能左右顾盼，时有头痛，甚则刺痛，不能起坐，坐则欲倒，下肢微肿，舌质暗红，苔黄微厚，脉弦缓。证属肝风夹瘀，络脉不和，拟化瘀和络，平肝熄风治之。天麻10g，钩藤30g，珍珠母30g，生地30g，川芎15g，当归15g，白芍15g，丹参30g，红花15g，川牛膝30g，丹皮15g，栀子10g，茯苓、泽泻各20g。89年1月8日复诊：服药30剂后，头晕头痛缓解，能随意左右顾盼，弃杖步履平稳。偶感头昏不爽，心悸少寐，腰膝酸软，舌红苔薄，脉弦小。此风平而未全静，虚象显露，按乙癸同源，用六味地黄丸与天麻钩藤饮出入，滋肾平肝，调治一月，诸症悉平，头颅CT复查：右侧脑室体部血肿已吸收。

4、益脾化痰熄风法

本法适用于风痰上扰之眩晕。多见于美尼尔氏综合征，尿毒症等。症见眩晕如坐舟车，耳鸣或耳蒙如闭，或头重思睡，脘痞纳呆，或恶心呕吐，咯吐痰涎，或尿少浮肿，大便稀溏，舌苔白腻或黄腻，脉沉弦或濡滑。常用白术、陈皮、法半夏、竹茹、茯苓、车前子、川牛膝、白蒺藜、钩藤、天麻等药。若阴虚木燥，痰浊内阻者，单用滋腻养阴则助其痰浊，纯进温燥又恐燥动肝火，陶老师习用生地、白芍、生牡蛎与生海蛤壳、法半夏相伍，滋阴化痰，颇具巧思。

病例：雷××，女，49岁，1991年2月5日初诊。患者眩晕耳鸣，时作时止，半年有余。西医诊断为"美尼尔氏综合征"。刻诊：头晕耳鸣，视物昏花，泛泛欲呕，时而吐痰，晨起指僵，活动不利，舌红边有瘀斑，苔白，脉濡。此痰瘀互结，风痰上扰之证，拟化痰和路平肝熄风治之。白术10g，茯苓15g，陈皮10g，法半夏10g，竹茹15g，生海蛤壳15g，菊花15g，天麻10g，川芎10g，川牛膝30g，车前子15g。服药3剂后昏眩减轻，继服3剂后昏眩缓解，各症随愈。

5、疏导搜肝熄风法

本法专为内外风合邪致眩而立。有因先患内风而后招致外风入侵，亦有感受外风，治不如法而后引动内风而发眩晕者。症见头晕目眩，耳鸣如蝉或耳鸣重听，头痛恶风或乍冷乍热，或恶心呕吐，舌苔薄白或薄黄，脉浮弦。治宜因势利导，既要疏散风邪于外，又要平熄肝风于内，此疏熄肝风之法也。用药视其寒热两端而异。偏寒者用天麻、钩藤、防风、白芷、川芎、当归、白芍、白蒺藜、川牛膝、车

前仁；偏热者用天麻、钩藤、菊花、蝉蜕、白蒺藜、栀子、赤芍、生地、夏枯草、川牛膝、车前草。面红目赤者加珍珠母、生牡蛎平肝潜阳；体虚者加桑寄生、茯苓补先天、益后天，扶助正气而无碍邪之弊。

病例：陶××，女，36岁，1991年3月5日就诊。患者头晕目眩，耳鸣如蝉一月。西医拟诊为"耳源性眩晕"，服用西药"眩晕停"收效甚微。刻诊：头昏耳鸣，视物旋转，头痛鼻塞，时时恶风，晨起干呕，舌质红，苔薄黄，脉浮弦而数。此内风外邪相召，上扰清空致眩，拟疏熄肝风法表里双解。天麻10g，钩藤30g，菊花10g，蝉蜕10g，白芷10g，川芎10g，白芍15g，栀子10g，白蒺藜15g，法半夏10g，茯苓15g，川牛膝30g，车前草15g。3剂后眩晕减半头痛恶风好转。原方减蝉蜕、白芷，增桑寄生、生牡蛎，连服6剂而愈。

用药特点

陶老师指出，眩晕病责之于肝，而肝之阴易虚，阳易亢，风易动，用药宜柔和不宜刚燥，当以和为顺，以平为期，其具体用药特点为：

1、善用甘平之品以熄风　钩藤、天麻甘淡微寒，功能熄风平肝，药性平和，陶老师视其为治眩晕要药，指出肝风内作之眩晕，非天麻、钩藤不能疗。其证无论属虚属实，或寒或热，每用天麻、钩藤为主，且用量较大，取其熄风之力专，而后随证制宜，常获良效。

2、咸寒之品以滋肾　肝体阴用阳，赖肾水以涵养。凡肾阴不足，水不涵木，阴阳相失，肝阳上亢之眩晕，陶老师习用龟板、牡蛎，认为二药咸寒，皆水族也，功能以水涵木，滋养肝肾，潜阳入阴，使阴阳相系，眩晕自平。

3、甘酸之品以柔肝　陶老认为，凡肝阴不足，风阳上扰之眩晕，甘酸之品最宜，以酸能柔肝，甘能缓急，酸甘化阴，既能滋养肝体，又能收敛浮阳以缓急迫。常用白芍、山茱萸、酸枣仁、女贞子等甘酸之品与甘平、咸寒平肝潜阳药配伍，可增强熄风止眩的作用。

4、甘温平淡以益脾　陶老师认为，眩晕病肝气一动每易乘脾，若脾土本衰，肝木亦必然乘之，因而常于治眩方中配入白术、茯苓甘温平淡之品健脾益气，脾土健运，化源充足，既可御邪，又可荣木制肝，肝风平熄，眩晕自止。

5、重用牛膝车前上病下取　古有"痰饮致眩"、"瘀血致眩"之说，证之临床，眩晕之病每每兼瘀夹痰，牛膝活血化瘀引血下行，车前利尿导痰下行，二药相配治疗眩晕，可化痰消瘀，引邪下行，增强疗效。

6、少用风药疏肝达邪　风药可散肝达邪，又可引药入肝，使诸药直达病所。陶老师运用风药治眩晕，颇具特色，常用防风、白芷、菊花、蝉蜕等疏散风邪之品。但风药毕竟辛燥发散，应小其剂量，并与疏养潜降，平肝熄风之品同用，升降相配，辛润相济，疏养结合，可以增强疗效，缩短病程。

结　语

综上所述，陶老师论治眩晕，师古而不泥，病机从肝风立论，论治倡熄风五法，用药平和灵巧，在重视熄风调肝的同时，注重益脾滋肾，不忘化痰消瘀，调气行血，总以调整机体脏腑阴阳虚实为目的。由此可见，陶老师治病，不仅着眼于病变局部，而且还时时考虑到人体是一个脏腑相关的有机整体，其治疗思想，融汇着祖国医学的整体治疗观。

（邱伯梅）

梁剑波　　常见消化系肿瘤的辨证施治

广东省名老中医、主任医师梁剑波临床五十载，善治疑难痼疾，经验丰富，近十年来更致力运用中医药治疗肿瘤，尤以常见的消化系肿瘤，疗效较高，用药拟方，独具特色，既结合前人理论，又有个人的独特见解。现将随师所得，整理介绍如下。

食管癌

食管癌在祖国医学中属噎膈范畴，梁老师认为，本病多因长期嗜饮烈酒，或嗜食辛辣燥热之品，积热消阴，以致津伤血燥，日久瘀热停留，阻于食道而成。正如清·何梦瑶曾指出："酒客多噎膈，饮热酒此尤多"。此外，《诸病源候论》又说："忧患则气结，气结则不宣流，使噎；噎，此塞不通也"。故七情所伤，情志郁结，肝气久郁则津液不能输布，积久而成痰浊；气滞则血液不得流畅而为瘀阻。痰瘀交阻蕴于食道，以致饮食难于下行，甚则食入即吐，遂成食管癌。其辨证施治如下。

1、瘀血凝痰，交阻食道：症见吞咽困难，继则水饮难下，胸痛，泛吐粘痰，大便坚硬，或吐下如赤豆汁。形体消瘦，肌肤甲错干燥。舌多青紫或纯红而干，脉细涩。治宜活血散瘀，消痰解结。梁老师则予自拟的消瘀解结饮：急性子、土鳖虫、王不留行、石菖蒲、川贝、郁金、丹参、当归、桃仁、红花、南沙参。清水煎服。本型还可辅以牛乳韭汁丹参饮，方用牛乳500g，韭菜250g捣汁丹参30g同煮，微温溅溅呷服，可活血行瘀，滋阴通便。

2、痰瘀凝结，气虚津亏：症见面色㿠白，形体消瘦，食物及水饮俱难咽下，或声音嘶哑，或大量出血，舌绛苍敛苔光剥，脉细微涩或弦细数，治宜扶正育阴，化痰散瘀。梁老师则予自拟的育阴消结饮：花旗参、黄芪、当归、赤芍、生地、花粉、石斛、丹参、桃仁、姜螂虫、田七末（冲）。清水煎服。本病并可与急性蚤甘丸：急性子60g，蚤休15g，甘草10g，研末蜜丸。徐咽或含化。可有解毒祛痰散结作用。又可用生鹅血一碗，徐徐趁热饮下，每天一次。考鹅血咸、平，微毒。《本草逢原》："鹅血能涌吐胃中瘀结，开血膈吐逆，食不得入，乘热恣饮，即能呕出病根。"故此物有通便开塞作用。梁老师每治食管癌必用生鹅血，有用至三个月而能吞咽粗食者。

胃　癌

胃癌为常见恶性肿瘤之一。多因饮食失调情志不畅，伤及脾胃，脾胃损伤，毒邪侵袭，蕴毒积聚而成，或嗜食酒酪厚味，肥甘辛辣，痰结内生，至胃内积热，郁久伤阴，络血瘀结，致成本病，辨治分型如下。

1、邪毒蕴结，瘀血内阻：症见中脘疼痛拒按，或有肿块固定不移，呕吐如赤豆汁大便色黑如柏油状。形体消瘦，精神萎惫。舌质黯紫或瘀点，脉细涩。治宜扶正解毒，活血化瘀。梁老师则与自拟的化瘀扶正汤：五灵脂、凌霄花、赤芍、三棱、莪术、枳实、香附、山楂、延胡、夏枯草、姜螂虫。清水煎服。气虚加党参、白术；阴虚有热加生地、石斛；大便秘结加大黄；吐血并黑便加仙鹤草、白芨、槐花炭、侧柏叶，另田七粉冲服，或云南白药2支，冲服，每天二次。

2、痰瘀内凝，蕴结成瘤：症见心下瘤结凹凸，上腹部胀痛拒按，食后更明显，或呕吐粘痰，或早食暮吐，暮食早吐，病成格拒。舌质红绛或紫黑无津，舌苔垢厚。脉沉伏涩，或沉弦无力。若痰为蟹沫，粪为羊屎，多见于本病晚期。治宜化瘀消积，逐瘀养津。梁老师则有自拟的逐瘀养津汤：沙参、川贝、桃仁、红花、鸡内金、山楂、归尾、枳实、丹参、赤芍、杵头糠、甘草。清水煎服。若粪如羊屎，可加生地、郁李仁、瓜蒌仁。煎好之后冲入生藕汁、雪梨汁或蜜糖一杯，温服。本病并可与单方：石见穿 24g，土鳖虫 30g，炒山甲 30g，田七 30g，甘草 12g。共为细末，每服 3g，开水送服，一日三次，有消积祛瘀止痛之功。

原发性肝癌

原发性肝癌属中医瘤积范畴。本病甚为凶险，缘于肝热湿毒，长期浸淫，先致气滞血瘀，后则肝肾阴亏，气血壅塞，凝聚成瘤。肝内肿物，日渐增大，或坚硬如石，表面高低不平；或结节压痛，推之不移。晚期黄疸加深，经久不退，色暗晦黧黑，或腹水显露，甚则出血昏迷。主要证治如下：

1、气血瘀滞，胁下瘤积：症见胁部胀痛，胁下有瘤块，恶心纳减，倦怠乏力，肌肤甲错，或有腹水。舌紫暗有瘀斑，脉弦细涩。治宜疏肝理气，化瘀软坚。梁老师则与自拟的行瘀除瘤汤：当归、赤芍、桃仁、红花、丹参、炒山甲、牡蛎、香附、郁金、八月扎、莪术、三棱、䗪虫。如气虚重用黄芪、白术；腹水加泽泻、车前子、葫芦茶。清水煎服。

2、火毒内盛，热扰心营：症见黄疸日益加深，发热口渴，心烦易怒，胁痛肿块日大，甚者鼻衄，牙宣，皮肤瘀斑，大便秘结，溺黄如浓茶或尿血。严重的神识谵妄不清，舌深红苔黄腻或干，脉弦急数或弦细数。治宜泻火解毒，凉血清营。梁老师则予自拟的清火漏芦汤：黄连、黄芩、栀子、土茵陈、白花蛇舌草、漏芦、半枝莲、鳖甲、赤芍、生甘草。阴虚舌绛加生地、花粉；便秘加大黄；鼻、齿等诸窍出血加藕节、大小蓟、青黛；神识不清可加用安宫牛黄丸、紫雪丹等凉营开窍。以上二型均可兼服犀黄丸，每次一支，每天二次，有清热解毒活血之效。

典型病例

病例一：郭某某，男，64 岁，工人。1989 年 3 月 25 日初诊。萎缩性胃炎七年，于 1988 年 11 月经胃镜及活验确诊为：①胃体早期中分化管状腺小胃癌。②慢性萎缩性胃炎。经中西医治疗三个多月，效果不显。患者形体消瘦，贫血征，上腹隐痛拒按，食欲不振，强食恶心感。眩晕心悸，便干色黑艰涩难解。数日一行。舌暗苔黄白干，舌下脉络瘀点，脉关尺细涩。证属瘀毒内结，气血虚亏。治宜益气养血，化瘀祛毒。自拟化瘀扶正汤加减：五灵脂 15g，凌霄花 12g，赤芍、三棱、莪术、枳实、香附、延胡各 10g，山楂 15g，黄芪 45g，当归 12g，姜螂虫 6g。每天一剂，分二次温服。四周后再诊，患者服药后上腹隐痛日减，食欲好转，大便每天均解少许，呈黄黑相间，舌脉如前。继与前方再进，煎好后冲服田七末 6g。并用花旗参 10g、丹参 15g，隔天炖服猪瘦肉。定期复查病情。此后宗上方治疗 1 年后，精神转旺，体重增加，贫血好转，黑便消失。1990 年 4 月复查，胃镜诊为管状腺微小胃癌较前病灶略有好转。

病例二：朱某某，女，59 岁，农民。1990 年 9 月 18 日初诊。患者 1990 年 4 月经胃镜和病理活检确诊为食道中段鳞状上皮细胞肿瘤，慢性浅表性胃炎。四出求医半年未效。症见形体消瘦，神疲乏力，精神忧郁，胸部疼痛，时泛粘涎，每天仅能勉进半流饮食少许。便如羊粪，艰涩难下。舌质暗紫，苔白而腻，脉沉细涩。证为痰瘀凝结，气虚津亏。治宜益气养阴，通络化瘀。先予急性蚤甘丸通膈解毒。随意含化。再与育阴消结饮加减：花旗参 12g（另炖兑入），黄芪 30g，赤芍 12g，生地 20g，花粉 15g，石斛 15g，丹参 15g，桃仁 10g，当归 12g，炒山甲 20g，姜螂虫 6g，田七末 6g（冲）。并嘱尽可能每

天饮服鲜热鹅血300ml。七天后再诊。药有小效，本原方法再进。三个月后精神气色均较前大为好转，能食米羹，咽下时仍有轻微胸痛，大便二三天如厕，色黄褐臭秽。嘱停服鹅血，以上中药增减治疗。91年4月复查胃镜，癌灶基本控制，体检未发现锁骨上窝淋巴结转移。继进益气养阴，通腑化瘀中药调治，患者至今能带病延年，生活自理。

病例三：艾某某，男，67岁，离休干部。1987年5月11日初诊。患者在86年9月经CT、B超等确诊为原发性肝癌，同年11月行右叶癌灶切除手术，随后进行化疗。至87年3月，肝左叶又发现包块，腹水剧增，身体孱弱，其家属已被告知1月内为其准备后事。后经介绍延梁老师会诊。患者呈恶病质，语言低微，腹胀如鼓，腹水征（+++），青筋暴露，胁痛纳呆，肝脾扪诊不满意。脚肿尿少，舌质暗红，边带瘀斑，苔黄腻，脉沉弦。证属膨胀，气亏血瘀，胁下癥积。治宜益气活血，消癥逐水。行瘀除癥汤加减：黄芪60g，白术15g，赤芍12g，丹参15g，炒山甲20g，郁金15g，香附12g，莪术10g，三棱10g，泽泻30g，葫芦茶60g。清水煎服。另每天早晚服犀黄丸一瓶，高丽参10g炖服。经治疗一个半月病情控制，腹水消退，纳增。此后，完全停服西药及化疗。本此法与人参养荣汤、杞菊地黄汤等扶正祛毒，增强免疫力方药，及食疗等配合，患者身体贫血纠正，日渐康复，每天能跑步并坚持冬泳，精神旺盛，判若两人。B超提示：肝右叶肿块大较前缩小约3公斤，腹水消失。如是带瘤生存近六年。仅于今年6月突发脑溢血，住院抢救三天，方可不治。

体　会

中医防治癌症确有其独特优势，尤其在中医理论体系指导下的整体观念和辨证论治的作用，对提高肿瘤的疗效，延长患者的生存期和生存质量，是确有成效的。肿瘤除病因治疗外，解除患者疼痛具有重要临床意义，因其可改善患者精神状态，增强克癌心理因素，使之更好地配合治疗，同时也是提高患者生存质量的重要环节。梁老师认为肿瘤患者的疼痛主要缘于各种原因导致的气滞血瘀，经络阻滞。所谓不通则痛，或虚不胜痛。治疗大法是宣通止痛。临床上重用健脾益气药以防痛抗痛，用活血祛瘀，软坚化痰药以宣通，行气降气药以止痛，并喜用虫类药以加强其镇痛效果，常能取得较为满意的效果，且一般无成瘾性作用。

使用抗癌中成药是发挥中医药治疗肿瘤的优点，但应用时仍应注意辨证施治。如梁老师治疗胃癌，甲状腺肿瘤，淋巴恶性肿瘤等喜兼用犀黄丸，小金丹等解毒镇痛的中成药。治疗肺癌，肝癌喜用扶正的花旗参、丹参、田七常规炖服，六味地黄丸、陈夏六君丸等。此外，还重视辨病下应用民间中草药单方治疗肿瘤，认为单方具有疗效肯定，简单易行，效专力宏，经济廉便的特点。

（梁宏正）

外科、皮肤科、五官科

夏少农　“温药和之”在外科临床上的应用

《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》云："病痰饮者，当以温药和之"。

痰饮者，痰饮、溢饮、支饮、悬饮也。《素问·经脉别论》曰："饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五精并行"。高学山注《金匮》此论云："病痰饮者，当合四饮而言，以诸饮俱有痰饮转变，故以痰饮统之耳。夫饮之由来大概起于肾及脾、肺之脏阳衰冷，成于三焦之腑化虚寒"。和者，和谐，协调，适度，温和也。金寿山老师疏曰："从四种痰饮的成因来看，有由于脾不散精者，有由于肺失通调者，但更主要的是由于肾中阳气不足，因为肾阳为诸阳之本、主水液，肺的通调水道和脾的运化精微都要靠肾阳的蒸化……内饮指病从内生，冰冻三尺，已非一日之寒，不容易就治好，必须用温肾化气药"。"治痰饮病的具体方法虽有多种，但总的治疗原则当用温药。这是因为饮为阴邪，得温始开，得阳始运。"

仲景温药和痰饮之法垂为后世治痰饮之大法。自王洪绪《外科证治全生集》创制阳和汤、阳和解凝膏，温散寒凝，使气血转归阳和，以治寒痰凝聚、阻滞脉络的流痰后，各家除用温化寒痰法治疗各种寒疾凝聚的外证外，更发仲景温药和之之隐，用温药散寒痰以和气血；开腠理、和营卫、通经隧以和阴阳，治疗各种因寒而致的外证。我师夏少农教授于此更是独有见地。

加减阳和汤温肾化痰治流痰

流痰，西医名骨与关节结核，古谓骨痨、穿骨流注。以其穿溃之后，脓中挟有如败絮、豆腐花样物，故以痰名之；以其痰每流窜于四肢百骸之骨空，故谓之流痰。因其所发部位之不同，又有龟背痰、肾俞痰、环跳痰、鹤膝痰、穿拐痰、蜣螂蛀、肩井流痰之分，在小儿多由先天不足，骨髓不充，风寒乘之，痰浊留滞于筋骨之间而生；在成人或由饮食失调，或由遗精带下，房劳失节，风寒痰浊乘虚流于骨空所致。故云其本在脾肾阳虚，其标为寒痰凝聚骨空。

流痰看法，当以虚、寒、痰、络为纲，整个病程中除成脓期作虚寒化火辨外，其余皆是纯阴证。以其属虚、属寒、属里，故起发慢、成脓慢、难溃、难敛。以其肾阳本虚，脾阳失于温煦，不能散精；肺无肾阳之蒸化，则无以宣降而通调水道，寒邪乘虚入于骨空、寒结气血，瘀滞经脉，化液为痰、痰随经走注

筋脉骨空。故其初起亦仅觉酸胀或木痛，逐渐骨节不利，乃至化火酿脓，始觉疼痛动辄有加；脓水成后，往往流注于病变骨节下方。其病未成而气血先衰，化脓时气血重损，故脓出稀薄，清冷，新肌不生，每易成漏，据此理王洪绪制阳和汤、阳和解凝膏，温散寒凝，使气血转归阳和，夏师宗其意而倍益肾壮骨药用治各部位流痰，疗效优于阳和汤。

早期方：鹿角霜 15g、补骨脂 15g、骨碎补 12g、大熟地 15g、麻黄 1.5g、白芥子 12g、炮姜 3g、当归 15g、杜仲 12g、川断 12g

外用：阳和解凝膏，撒十香散或桂麝散。

待溃脓之后，气血化脓外泄，渐入阳损及阴之途，寒邪渐而化热，则当减少和阳散寒之品，加用养阴清热，或改用清骨散、大补阴丸。

后期方：生黄芪 40g，北沙参 15g，杭白芍 12g，蒲公英 30g，丹皮 9g，鹿角霜 12g 生熟地各 12g，补骨脂 12g，骨碎补 12g，象牙屑 12g，首乌 12g，杜仲 15g，白芥子 12g。

益气养阴疏肝理气温阳化痰法治甲亢突眼

甲状腺机能亢进症，多伴有弥漫性甲状腺肿、甲状腺瘤、腺瘤囊性变等。中医古籍中谓之瘿。其消谷善饥、形体消瘦属中消证。夏师根据其乏力、自汗等临床见症辨为气虚；口干烦热、心悸、震颤、消谷善饥等属阴虚火旺，甲状腺肿大及肿块属痰凝气滞，拟用益气养阴疏气化痰法。

黄芪 40g，党参 30g，北沙参 15g，麦冬 12g，川石斛 12g，制香附 12g，广郁金 12g，泽泻 15g，夏枯草 30g，山药 12g，杭白芍 12g，白术 12g，鳖甲 12g。

治疗甲亢疗效堪称满意，但对并发之突眼并无明显疗效，夏师从《金匮》"病痰饮者，当以温药和之"，悟出甲亢突眼乃是阴损及阳，肾阳失却温煦之能，脾阳不能布敷精微，肺气不能通调水道，湿聚痰凝而成。在方中加用巴戟天 12g，仙灵脾 12g，温补肾阳治其本。又宗《金匮》"夫短气有微饮，当从小便去之"之意，伍以车前草 30g 利小水，而复其气化功能，多能使突眼露睛渐趋平复。

温阳利水法治疗老年前列腺增生性肥大

老年男性前列腺增生性肥大以排尿不畅，甚至出现尿潴留为主症。中医列入癃闭门。本病初起以尿频、夜尿次数增多，尿流缓慢无力、排尿困难，射程不远，尿线变细、分叉见证。进而可有间歇性排尿现象。晚期可见严重的尿频、尿急、尿流不能成线而呈点滴状，最终出现急性尿潴留。也可出现血尿及充血性尿失禁及肾功能衰竭。直肠指检：增生的前列腺表面光滑，质地较硬，中央沟平坦或消失，Ⅰ度为鸡蛋大，Ⅱ度为鸭蛋大，Ⅲ度为鹅蛋大以上。

夏师以为："本症小便性状改变，是肥大的前列腺压迫所致，而前列腺增生性肥大则是老年肾阳虚弱，命门火衰，气不化火，无阳则阴无以化，水湿聚而成痰，结于厥阴之络而成。当师《金匮》法用"温药和之"。温肾益气、疏肝理气、利水散结。方用：

黄芪 40g，党参 30g，巴戟天 12g，仙灵脾 12g，川楝子 12g，延胡索 12g，杜仲 12g，车前草 30g，川柏 12g，全当归 12g，赤白芍各 12g，川牛膝 12g，茯苓 12g，枳壳 12g。

一般能在 1～2 个月左右使症状缓解。

温阳散结法治术后肠粘连

外科手术后并发肠粘连，腹部胀痛、时缓时剧，有的再次手术分离可缓解，有的数次手术都不能改善。中医多宗不通则痛，通则不痛之理，以理气和营或通里下法治疗，但部分仍不能奏效，观其形体大多消瘦、疲惫、面色苍白、舌淡，脉细，夏师因思不通则痛，气血失和也。《素问·生气通天论》

曰:"天运当以日月光明"。叶桂云:"阳动则运",乃取《金匮》"温药和之"之法以助阳气之流动,化痰瘀之凝滞。一般服药一周后症状明显减轻,一月左右可基本止痛。方用:

巴戟肉12g,仙灵脾12g,仙茅12g,苁蓉12g,知母12g,玄参12g,黄柏12g,灵磁石30g,生牡蛎30g,玄胡索12g,川楝子12g,青陈皮各9g,枳壳6g,当归12g,丹参12g,赤白芍各12g。

重用麻黄、桂枝引阴出阳治疗银屑病

银屑病以皮肤起点状、或钱币状、或大片红色水肿性斑片,上被层叠银白色鳞屑,抓之易脱,鳞屑下有透明薄膜,揭去后呈露滴状渗血,为难愈之皮肤科顽疾。夏师认为:"皮肤上鳞屑堆叠乃是阴血不足,血不养肤,皮肤属太阳,本气为寒水,标气为阳,中见少阴。太阳能行其职全赖阴血之濡养,又必须营卫调和方能展其气立之用。一般多以血热辨治。我见其每多冬重而夏月自愈,因思夏月汗出,腠理开,表里通,营卫自和,肤得阴血濡润,故无鳞屑;冬月腠理密,肤燥无汗,而血津不濡,故肤多鳞屑而痒也,乃撰用大剂麻黄、桂枝开腠理、和营卫,伍以凉血、养血、解毒之品以治。方用:

生麻黄15g,桂枝12g,当归12g,杭白芍12g,大生地15g,紫草15g,丹皮12g,北沙参15g,土茯苓30g,露蜂房12g,蜀羊泉20g,川连9g,银花15g。

治月余,便见鳞屑稍薄,痒亦稍减,数月后症状明显减轻,以至痊愈。而即或盛夏用六剂麻黄、桂枝亦未尝见大汗出也。

温药和中治疗脾胃虚寒型荨麻疹

荨麻疹,古书称风疹块,以其来无形去无踪,奇痒难忍而得名。又因其风团色之红、白隆起程度有风热、风寒、挟湿之辨。习以疏风清热凉血、辛温解表、疏风理湿分治。部分在发作时伴有明显胃肠道症状者,用这些治法多难缓解。夏师见其发疹时脘腹疼痛,喜按,泛吐清水,面色苍白,风团色白,舌淡苔白腻,脉弦缓,得暖则减,辨为寒湿气滞中州,脾失布敷,风邪引发,逆于肌表而成。撰用温药和中化湿法,多能在短期内治愈。方用:

肉桂粉3g(分吞),白术12g,枳壳12g,砂壳6g,吴萸5g,青陈皮各9g。

益气养血温阳行瘀法治疗硬皮病

硬皮病中医谓之皮痹,以皮肤顽厚,肌肉酸痛,寒搏皮肤则皮肤急为主证。分局限性、系统性两大类。局限性硬皮病临床可见局部病变处皮肤呈片状、点状、条状大小不等的皮肤苍白、略呈凹陷,境界明显的水肿、硬化萎缩,表面光滑、发亮、干燥,捏之不起的损害,及肢端雷诺氏症。系统性硬皮病除有上述皮肤症状外还有胃肠道、心、肺、肾、骨骼、肌肉、关节等病变,鼻尖、口小、露齿、神情呆板。夏师认为本病之本是气阳不足,卫外不固,寒邪因乘,阻于皮肤肌肉之间,或内入脏腑,痹塞不通,营卫不和,寒凝瘀阻为患。撰用温药和阳益气行瘀法。方用:

黄芪40g,党参30g,麦冬12g,北沙参15g,当归12g,丹参15g,赤白芍各12g,巴戟天12g,仙茅12g,仙灵脾12g,桂枝9g,鸡血藤30g。

疗效较为满意。惟本病顽固,须经2~3个月调治始见减轻,一、二年,以至三、四年方可痊愈。

《金匮》"温药和之"之法,广泛地应用于各种因寒凝而致的各种外证治疗中,始邹五峰《外科真诠》用和乳汤加附子治疗乳汁郁滞性囊肿。先师黄宝忠用全鹿丸治脱疽。先师祖顾筱岩用大胡麻子捣烂,拌饴糖,蒸熟,趁热敷脑疽,发背初起,寒湿凝聚,疮面平塌,脓毒不聚者。先师顾伯堂用温补肾阳法加消退膏外敷治乳疬。顾伯华老师用当归四逆汤治疗冻疮、雷诺氏症,用热烘疗法和疯油膏治神经性皮炎,等等。

(潘　群)

王玉章　疮疡当辨真寒假热

真寒假热多为内科杂病辨证中不可忽视的重要内容，但在皮肤疮疡中，无论是教科书还是文献杂志，有关真寒假热的辨证论述实属鲜见；然而在从师辨证求本的临床治验中得到学习，现雏论如下。

中医师李某之妻患乳腺炎3周，经多种抗菌素及清热、凉血、解毒汤剂治疗均无效果；体温持续在38℃左右；左乳房肿胀，可及8×10cm大的硬块，皮色淡红，有轻度疼痛；周身倦怠，面色苍白，少气懒言，手足不温；白细胞总数13×109/L，嗜中性细胞0.78，淋巴细胞0.2，单核细胞0.01；舌质淡，苔薄白，脉象沉细数。李某陪妻子求治于王玉章教授，王教授开出的处方使李某大吃一惊：方中不仅有熟地、白芥子，而且还有肉桂……竟然阳和汤化裁。

第一剂药服后，李妻明显感觉手足已不发凉，心也不慌了；第二、第三、第四剂后，病情明显好转，乳房肿胀消退，疼痛已止，体温正常，白细胞总数7.2×109/L，上方稍做变动；再进两剂，一切症状正常。

以阳和汤治愈急性乳腺炎，根本在于紧紧抓住疮疡中真寒假热的辨证，审因论治，方奏奇效。

王玉章教授从医50载，有着丰富的临床经验，博览古籍，精通经典，不仅擅长中医外科，皮肤科，肿瘤科的治疗，对于内，妇，儿科疑难杂症的论治上也有较深造诣，他时常教诲我们：辨证论治至关重要的是善于识别假象，区分真伪。临床中证状表现往往十分复杂，诸如寒极似热，热极似寒；阴极似阳，阳极似阴和"至虚有盛候，大实有羸状"之类假象，必须要审清辨明，不可忽视。以上病例，从常法来说治疗乳腺炎离不开清热、凉血、解毒。而患者所表现的症候却是阳气不足：面色苍白，手足不温，精神倦怠，舌苔质淡苔白，脉沉细数，乳房硬块肿胀，疼痛等，非焮肿，焮热等实热之象；乳房虽疼但不重，体温虽高但始终在38℃左右，局部炎症并不明显，皮色淡红不灼热……这些症候表现均属正虚，阳气不达，阴胜而格阳于外；寒、虚为本病之本，因此只有回阳救逆益气之剂，方可奏效。

王教授反复强调，皮科疾病，形于外而实发于内。临症不能只看外在表现。重要的是整体观念，要全面审察病情，分析内在因素。切不可将经典中"诸痛痒疮皆属于心"皆属于火的论述，盲目指导临床。而应知常达变，善于在虚实夹杂，寒热疑似的情况下，辨证求本，审因论治。

患者李某某，女性，19岁，学生，初诊日期1992年3月19日。

主诉：面部潮红肿胀、疼痛，已3周。

现病史：3周前面部出现红斑，肿胀、灼热。曾在某西医医院诊为慢性丹毒，给予青霉素、先锋4号、磺胺类药物治疗1周无效；服清热凉血解毒汤剂10付，亦无明显变化，且症状越加严重，遂来门诊治疗。

检查：颜面以左颊部为著，潮红肿胀，灼热，面色不华，手足冰凉，酸麻胀木，畏寒喜温，周身倦怠，身体羸瘦，腹胀便溏；白细胞总数14×109/L，嗜中性细胞0.80，嗜酸性细胞0.02，淋巴细胞0.18；舌质淡，舌苔薄而暗，滑润，体胖齿痕；脉象弦滑，但按之沉细濡弱。

西医诊断：慢性丹毒。

辨证：脾阳不足，寒湿凝滞，复感风邪。

主治：健脾益气，温化寒湿，佐以凉血疏风。

处方：党参10g，云苓10g，白术10g，怀山药10g，苍术10g，木香10g，陈皮10g，姜竹茹10g，白茅根20克，荆芥6g，丹皮10g。水煎日服2剂。

服上方4剂后，面部红斑肿胀消退，局部已不灼热，手足温度恢复正常，腹胀好转，大便成形。再进3剂，诸症均安，化验正常，告痊愈。

本病例从整体观念分析病因乃为脾虚，阳气不足，复感外邪。脾气虚，肌肉不荣；阳气弱，抗邪力差，不仅容易感受外邪成疾，而且一旦邪淫肌肤羁留不去，难以驱邪外出；颜面灼热、肿胀乃阳气虚张所生，阴寒于内，格阳浮越于外（即阴盛格阳），虚火炎上之故。若枉投苦寒、清凉、泄火之剂，不仅肿胀难消，病不瘥，反而伤脾败胃耗气，病情越加严重。而王教授以参、苓、术、草四君子健脾益气，山药补脾益肾，姜竹茹、陈皮、木香和胃化寒温；佐以白茅根、丹皮、荆芥，以凉血、去风、消肿治其标。

疮疡中真寒假热辨证的表现一般多为面色不华，两颧嫩红似如脂染，唇色淡白；神志躁扰不宁，似阳证之状；但精神萎颓，形体倦怠；语声无力，气息微弱；口渴但不欲饮，或喜热饮；身觉发热但欲得衣被；咽喉疼痛但不红肿，无明显炎症；排泄物无臭秽气味；大便溏泄，小便清长；舌质暗淡，舌苔灰黑而滑润或有齿痕；脉象时为疾数，弦滑之形，但按之无力或沉细欲绝；胸腹扪心不灼热。

皮肤疮疡常可见红斑色偏淡红，而非焮红、焮肿、焮热，丘疹多呈苔藓化，肿胀弥漫，水疱深在，风团颜色不红，而多呈瓷白色，结节颜色与肤色相近，疼痛不重；溃疡疮面晦暗，肉芽不红活，分泌物多但无臭味或如粉浆；四肢疾患温度偏低或手足冰凉，酸麻胀木，活动不便；妇人白带清稀无臭味；男子遗精，早泄或阳痿。

治疗原则：苦泻心经，直析火热之药当以禁慎；补益气血，扶正驱邪之品为其总纲；调和脾胃，护卫后天之剂视做首选；回阳救逆，引火归源之法亦无殒也。

我国著明老中医赵炳南教授对疮疡中真寒假热常常概括为十六个字，即“上火下寒，上实下虚，水火不济，阴阳不调”，其治疗则以“调和阴阳，中和气血，健脾益肾，扶正驱邪”等为其大法。

（郭大生）

张瑞丰　治疗脱疽的经验

张瑞丰主任中医师，有六十五年临床经验，以治疗脉管炎、骨髓炎、骨肿瘤等多种外科顽症见长。以下就他治疗脱疽的经验，进行概要论析。

依证审因立法

脱疽是一种大病难症，古代医家和现代学者，对此探讨论述很多。根据其临床表现，大体可包括现代医学血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉硬化症和糖尿病性坏疽等多种病症。张师认为这些病症在祖国医学可统归为"脱疽证"进行辨证施治。他深知这些病症的成因、发病和转归。每诊一例脱疽患者，均详细询问病史，全面了解患者的生活和工作环境，对发病原因，初起症状，病情变化和治疗经过，逐项进行分析，借以求得确切病机，通过综合判断，找出符合病情，紧扣病机的治疗法则。属寒湿引起的脱疽，寒与湿是发病的主因。疾病初期，仅感患肢沉重、发凉、麻木、走路多时疼痛，皮色轻微苍白或紫滞，基本相当於现代医学所谓的缺血期，散寒除湿通脉为主要治则。病情发展，患趾由苍白变紫，或由轻度紫滞变为重度紫滞，甚至变成紫黑，疼痛加剧，为瘀血阻滞，寒凝化热，活血化瘀、清热解毒则为主要治疗手段。病情进一步恶化，发生干性坏死或溃烂，病机为热毒蕴结，气阴两伤，应及时采用清热解毒、益气滋阴治法。闭塞性动脉硬化症和糖尿病性坏疽，张师十分重视肝肾阴亏和阴虚火旺在这两种脱疽发病过程中的重要作用，在治疗上着重滋补肝肾和滋阴降火。张师强调指出，这两种脱疽显著特点是发展快、病变范围广，与寒湿引起的脱疽，病情发展慢、病变范围比较局限，有很大的不同。依据这一区别，治疗闭塞性动脉硬化症脱疽和糖尿病并发有脱疽，宜大剂量用药，克敌制胜，控制病情进一步恶化，最大限度地减轻患者痛苦。

力主益气活血

《疡医大全》曰："足疽之生，乃气血之亏，不能周致之故，然则焉可单泄毒以重伤气血乎！必大补气血，加以泄毒之味，则全胜之道也。"张师对这一论述甚为推崇，通过长期医疗实践，发展了这个论点，并成为他治脱疽独特的法则——把益气活血放到首要位置。治疗各种脱疽，以及每种脱疽的不同病期，均包含补气活血药物。气为血帅，气行则血行，张师领悟此理至深。补气是活血的先导，气行血才能活，气足血才能行。脱疽病人患肢冰凉、苍白、疼痛，直到紫黑坏死，均是气虚血瘀由轻到重的证据。血瘀阻碍气行则气愈虚，气虚无力推血以行而血愈瘀，彼此互为因果，形成恶性循环。治疗的目的则是中止或减轻这一病理状态的恶性循环，有效方法便是先补气，气足方能行。据此理，首先是筛选补气良药，在众多补气药中，黄芪为实践公认的补气圣药。张师治脱疽用黄芪量大，每剂从60克用到200克以上。在黄芪补气的基础上，配合归尾、赤芍、桃仁、红花、土元等活血之品，以益气推导活血消瘀，其效果确比泛泛的活血化瘀为好。有一寒湿脱疽患者，曾用桃仁、红花、乳香、没药、赤芍、蒲黄之类不少，疗效不佳。来我院诊治，张师在他用过的活血化瘀方剂中加黄芪120克，疗效大增，病人喜出望外。用药之妙，令人赞佩。

滋阴清热解毒

滋阴清热解毒是张师治疗脱疽最常用的法则之一。寒湿引起的脱疽，寒湿侵袭不得祛除，正不胜邪，故发病。寒湿不得宣泄，壅滞日久，郁而化热，进而酿成热毒，是疾病发展的趋势。热毒蕴结，必定灼伤阴液。据此，张师指出，热毒炽盛，阴液消烁，是脱疽病人客观存在的病理变化，采用滋阴清热解毒治疗，正符合脱疽的病理病机，尤其是患趾紫黑或坏死破溃，应用滋阴解毒治疗就更为得当。至于闭塞性动脉硬化症脱疽和糖尿病性坏疽，张师认为发病的根本原因在于肝血不足，肾精匮乏和阴虚火旺，真阴耗伤。阴火自盛，不得肾水相济，日久也会发展成为虚火毒热。采用滋阴降火解毒治疗，自然也是适应病理变化的正当法则。张师采取滋阴清热解毒，善用玄参、生地、丹参、银花、连翘、黄柏、知母、毛冬青等药物。这些清热解毒药与补气的黄芪、党参，养血活血的当归、桃仁、红花、赤芍、土元，利湿解毒的土茯苓相配，相得益彰，经张师大量临床病例验证，是治疗脱疽有效组方之一。

内服外治并举

脱疽为顽固病证，医界皆知。提高疗效，缩短病程，是医学界共同探求的课题之一。张师积六十多年心血，创出了治疗脱疽内服外治并举的经验。他既重视内服药的功效，从实践中筛选组合了治疗脱疽的有效方剂，也很注意发挥外治法的作用，内服外治并重。他的内服方剂，既原则，又灵活，依脱疽脉证而定。外治方法也多种多样，强调根据不同患者，不同病期而选用。对寒湿引起的脱疽，据其寒凝、血瘀、破溃等不同病期，使用不同的外治方药。寒凝期，患肢感到发凉、麻木、疼痛、皮色变化轻微，以活血消瘀、散寒除湿、温通经脉的药物，煎水温洗，水温不宜过高。或把药物粉碎，进行中药离子透入。血瘀期，患趾紫绀，用活血消瘀，补气温通和解毒利湿的药物，煎水以纱布蘸取进行湿温敷，切忌热烫。患趾破溃或干性坏死，外治法也不同。破溃流脓水，外用药以祛腐生肌解毒为主；干性坏死以养血益气、滋阴温通湿敷为主。对于闭塞性动脉硬化症脱疽和糖尿病坏疽，也是根据上述原则和破溃与否，采用不同的药物和方法进行外治。

（马廷高）

顾伯华　治疗乳癖经验

乳癖是临床常见的乳腺疾病，在中医文献中属“乳中结核”的范畴，相当于现代医学中的乳腺增生和乳腺纤维腺瘤。

顾伯华对乳癖的治疗，积累了丰富的临床经验，他主张采用疏肝理气，调摄冲任以治本；活血化瘀，软坚散结以治标的治疗原则。现择验案数例，将其经验介绍如下：

治癖先治肝、气调癖自平

例 1：陈××，女，27 岁，1989 年 10 月初诊。

主诉：二乳房结块胀痛已有七八年，每当月经来前乳房胀痛尤其，月经每每提前，经行少腹胀痛，胸胁胀满，已婚二年不孕。

检查：二乳外上、外下象限触及 3×3cm 边界不清，质地硬韧不坚，条索状肿块伴结节，按之触痛，推之活动，苔薄白，脉细涩。

证属肝失疏泄，血不养肝，治宜疏肝理气、养血柔肝：柴胡、当归、赤白芍、焦白术、制香附各 9g，八月扎、生熟地、茯苓、益母草各 12g、青陈皮各 45g，鹿角粉 3g（吞），上方随证加减，服用四个月，乳癖结块消散，经期调顺而得孕。

按：本案乳癖，结块随月经周期和喜怒而消长，伴见胸胁胀满，性情抑郁，忧思多虑，气虚血少的兼证。乳癖发于胸胁乃是厥阴肝经之脉循行之地，肝气结于乳络则结块胀痛、肝气失于调达，任脉通畅不利，任主胞胎，胞宫受累则不孕。上述见证，均与肝木不和有关。因此顾老在论治中首重疏肝理气。疏肝理气是论治各型乳癖的核心。顾老对近代外科医家余听鸿提出的治乳不出一个“气”字的论点十分赞同，它是治疗各种乳病总治则的高度概括，气机调达畅通是各种乳病病机的枢纽，论治乳癖更离不开调达气机。顾老指出“治癖先治肝，气调癖自平”的学术观点在论治乳癖中起到十分关键的作用。

冲任病之本，治癖重冲任

例 2：蔡××，女，38 岁，1990 年 7 月初诊。

主诉：右乳房结块胀痛已有年余，近三月来经期紊乱，每月经行二次，月经淋漓不尽，伴见腰酸膝软，神疲乏力，苔薄质淡，脉细无力。

检查：右乳房外上象限触及 3×2cm 肿块，硬而不坚，表面呈结节状，边界不清，推之活动。

证属肾气不足，冲任失调，治宜温补肝肾，调摄冲任：仙茅、仙灵脾、肉苁蓉、全当归、焦白术、炒白芍、制香附、广郁金、鹿角片各 9g，菟丝子 12g，上方服药三个月、乳房肿块缩小，疼痛消失，继续吞服鹿角粉 3g，每日一次，巩固治疗近半年，肿块消失，月经正常，排卵期出血消失。

按：乳癖之症，虽发于外面实根于内，肾为五脏之本，元气之根。肾气不足、冲任失调是乳癖发病之本。顾老遵循治病求本的原则，十分重视温补肝肾，调摄冲任。乳癖发于年青女子者，每多见有月经提前，月经量少色淡等症候，这些见症是由先天肾气不足，天癸未充，胞宫、乳房同时受累之故。乳

癖之症见于中年妇女者，每多出现经期紊乱，经前乳痛，经量少而淋漓不尽，腰膝酸软等症，这是由于后天肾气虚衰，下不能充实胞宫，上不能滋养乳房经络，肾气冲任俱衰。顾老对余听鸿所论："乳中结块、虽云肝病、其病在肾"十分赞同。本案顾老辨证，乃由肾气虚衰，冲任不调，肾为腰之府，开窍于耳，肾虚则腰酸耳鸣。冲为血海，肾虚不能温濡冲任，冲脉藏血失司，故月经月行二次，淋漓不尽，任脉虚衰不能滋养乳络则结块胀痛。顾老在乳癖论治中，凡见肾虚症候，常取用仙茅，仙灵脾、苁蓉、锁阳等温补肝肾，调摄冲任之品，并主张服用鹿角粉血肉有情之品，温补肝肾，调摄冲任，从治本着手，治疗乳癖顽症取得满意效果。

癖由痰瘀凝，散癖重化瘀。

例 3：沈××，女，29 岁，1990 年 3 月初诊。

主诉：二乳患多发性乳腺纤维腺瘤一年余，四个月前在外院作右侧乳腺纤维腺瘤切除术，术后切口两侧疤痕牵痛，结块不散，左乳房又起肿块二处，形如丸卵，不随月经周期改变。

检查：右乳外上象限见 2cm 长切口疤痕，疤痕二侧按之压痛，左乳外上象限，触及 2×2cm 两肿块，表面光滑，质地坚实，皮色不变，推之活动，按之不痛，苔薄白，脉弦滑，

证属痰瘀凝结，治宜活血化瘀，软坚散结：柴胡、当归、桃仁、三棱、莪术、赤白芍各 9g，益母草、土贝母、制香附各 12g，生甘草 3g，牡蛎 30g，上方服药二月余，左乳肿块一处消散，一处明显缩小。

按：乳腺纤维腺瘤属于中医乳癖的范畴中，本症肿块按之有形，质地坚实，患者常伴经前乳胀，经行腹痛，这些见证均属于血瘀见证。乳腺纤维腺瘤如属多发者，手术效果多不满意。顾老遵循"坚者削之"的治则，常用桃红四物汤合三棱、莪术、益母草等活血化瘀软坚散结之品为主要治疗方药，对肿块坚实经久不消者尚佐用虫类药物如：地鳖虫、蜈蚣、全蝎、大黄䗪虫丸等搜剔深达经络之中的瘀结。顾老认为痰瘀二者常互结为患，因此化瘀中必参合化痰软坚，在上方中他常用的化痰药：土贝母、土茯苓、夏枯草、生牡蛎、山慈姑等。

本案顾老辨证是由肝脾二伤，肝郁气滞，肝木克脾，脾失健运，痰浊内生，痰瘀互结，留阻经络而成。本案肝脾虽伤，但无虚损见证，因此顾老取用急则治标，佐以养血健脾，重用化瘀散结，软坚化痰为主。意在祛邪而不伤正，扶正而不恋邪。顾老论治乳癖中的乳腺纤维腺瘤是着重治标，他说："治标可以顾本，祛邪即是安正"。顾老在论治乳癖中，重视辨证论治，既注意到肾气虚衰，肝郁气滞在本症发病学上的重要地位，在治疗上又抓住活血化瘀，软坚散结在乳癖治疗上消块散结的积极作用，从本案的论治，体现了顾老辨证地对待"标"与"本"二者的主从关系，是顾老治疗乳癖的一个学术观点。

水亏肝火升，火盛血离经

例 4：刘××，女，32 岁，1991 年 10 月初诊。

主诉：右乳头有暗红色血性样溢出，二乳房结块，轻度胀痛，伴见头晕耳鸣，腰膝酸软，胸闷胁胀，心烦易怒，虚烦失眠。

检查：二乳钼靶摄片提示囊性增生，导管造影摄片，未见占位性病变。苔薄舌白，脉细数。

证属：肝肾阴亏，木火上亢，火旺迫血离经，治宜清肝泻火，养阴清热：龙胆草、黄芩、旱莲草、赤芍各 9g、地骨皮、知母、山慈姑各 12g，蛇舌草、鹿衔草、半枝莲、仙鹤草各 30g。上方服用二月余乳头溢血消失，临床治愈。

按：乳癖中的囊性乳腺增生病，部分可以出现浆液性或血性的乳头溢液。由于囊性增生病是属于癌前期病变，有癌变倾向，所以这类乳腺增生病不能等闲视之，有的文献报导其癌变率可以达 10

～20%左右，尤其是50岁左右绝经前后的妇女，乳腺增生病伴有乳头溢液，其恶性可能性更大，因此及时作乳腺导管造影及钼靶摄片，排除导管内乳头状瘤是十分必要的。

顾老认为乳血多由肝阴不足，水不涵木，木火亢盛，肝火逼血妄行，血不循经而来。在治法用药上他既主张采用清肝泻火，养阴清热的方药，同时结合辨证，常用半枝莲、七叶一枝花，山慈姑等清热解毒药，具有抗癌防癌作用，体现防病寓于治病之中，辨病与辨证相结合的防治原则。

（顾乃芬）

姜树荆　　硬皮病证治经验

硬皮病是一种结缔组织病，病理机制尚不清楚，目前多数学者认为与免疫有关。应用激素，免疫抑制剂等药治疗，可使临床症状暂时得到缓解，但不能彻底根治。姜老师从事硬皮病的临床研究三十多年，积累了丰富的经验，取得了较好效果。现将其总结的二期四型证治法，介绍如下。

缓慢进展期

1、寒凝腠理、脾肾阳虚型

主要症状　全身：畏寒肢冷、关节疼痛、腰部酸痛、齿摇发落、食欲减退、口不渴、大便稀。局部：眼睑、面部及手背肿胀、发紧、握拳不力，若局限者皮肤多呈粉红、黄褐或黑白色相间。舌体胀大或胖嫩，质淡暗、苔灰滞无泽、脉沉细濡。

辨证分析　素体脾肾阳虚、复感寒邪、故有畏寒肢冷、口不渴、大便稀。寒邪客于腠理、气血不通，所以关节疼痛。脾虚生湿、淫于肌肤、气失舒展、郁滞为肿，故眼睑、面部、手背皮肤发胀发紧。土壅木郁、肝失调节、血瘀外溢，故皮色异常，舌脉为虚寒兼瘀之象。

治则：温肾散寒、健脾利湿、活血化瘀

方药：阳和汤加味：熟地 30g，鹿角霜 15g，炒白芥子 12g，肉桂、炮姜炭、炙麻黄各 10g，苡米、鹿寿草各 30g，红花 15g，炙甘草 10g，水煎服，一日一剂

回阳通脉汤 I 号：附片（开水先煎一水时）、肉桂、干姜、黄芪、茯苓、白术、穿心莲、甘草各 30g，党参、当归、白芍、桂枝各 15g，水煎服，一日一剂。

2、寒侵脉络、肺卫不宣型

主要症状　全身：低热恶寒，身疼肌痛、或有咳嗽、稀痰、口不渴、大便软。局部：皮肤发硬如蜡光，甚至紧粟于骨，张口困难、关节不利、皮色暗褐、毛发脱落、无汗或多汗。舌淡红、苔薄白、脉沉细或数。

辨证分析　寒邪侵入腠理络脉，皮毛内合于肺，可致肺卫不宣而出现低烧恶寒、身疼肌痛、咳嗽咯稀痰。经络痹阻、营卫不和，腠理失养，所以皮肤发硬、萎缩、紧贴于骨，毛发脱落、无汗或多汗。舌脉亦呈寒湿或兼虚热之象。

治则：解肌散寒、宣肺利湿、通络化瘀。

方药：荆防败毒散加味：荆芥、防风、前胡、柴胡、羌活、独活、茯苓、枳壳、甘草、桔梗、川芎、生姜各 10g，薄荷 6g，黄芪 15g，当归、乌蛇各 10g，地龙、土元各 15g，全蝎 3g，蝉衣 10g；水煎服，一日一剂。虚甚者加党参、熟地、白芍各 15g；有热象者加银花、连翘、公英、地丁各 15g，搔痒者加白鲜皮 15g，白蒺藜 10g。

3、寒热错杂，肝郁血瘀型

主要症状　全身：情绪易于激动，女性患者多有月经不调或有恶心呕吐，齿龈出血，便溏，完谷不化。局部：除同以上两型外，尚有局部皮肤发白、发紫、发凉、灼热、搔痒及手指变色现象。舌质暗

红，苔薄白，脉弦。

辨证分析：寒邪凝滞，循经入肺，外寒内热，寒热错杂。肝失条达，故出现情绪波动，妇女月经不调，齿龈出血。木郁克土则有恶心呕吐，便溏或完谷不化。肝主藏血，脾主肌肉，肝脾不和，气血难达，故局部皮肤发白，发紫、灼热、瘙痒，手指变色等现象。

治则：舒肝解郁，健脾和胃，通络化瘀。

方药：丹栀逍遥散加味：丹皮、栀子、柴胡、当归各 10g，白芍 15g，茯苓 10g，白术 15g，甘草、生姜各 10g，薄荷、木香各 6g，荆芥 10g，地骨皮、红花各 15g，苡米 30g。水煎服，一日一剂。

4、气血两虚、脉络痹阻型

主要症状　全身：疲乏无力、食欲减退、体重减轻、肌肉疼痛、心慌、气短、头晕、肢体麻木发凉。局部：皮肤发硬萎缩，时轻时重，颜色瘀暗，四肢发凉。舌淡暗、苔薄白、脉细弱。

辨证分析　气虚则疲乏无力，纳食减退，体重减轻。血虚可致心慌气短头晕。气血流通，故肢体麻凉，肌肉疼痛，皮色瘀暗。脉络痹阻则四肢发凉，舌脉呈气血两虚之象。

治则：气血双补、通络化瘀

方药：逐痛汤加味：黄芪 60g，当归 30g，花粉 15g，肉杜 6g，元胡 15g，车前子 30g，牛膝 15g，秦艽 30g，落得打 30g，水煎服，一日一剂。

急性发作期

在病情缓慢进展中，常因累及内脏和趾指坏死而呈现急性变化。

主要症状　全身：咳嗽气短、心慌心跳，黄疸眩晕，齿龈出血、低烧。局部：指、趾黑枯坏死或溃烂流脓。舌红脉数，呈火毒炽盛之象。

辨证分析　气血不足则心慌气短，肝郁不舒则眩，湿热内蕴则黄。阴虚生内热、络伤龈出血。寒热胶结、脉络痹阻、筋肉失养而黑枯，寒郁化热、热甚肉腐，皮烂筋伤而流脓。舌红脉数为毒积于内。

治则：滋阴降火、清热解毒、舒肝理气、凉血化瘀。

方药：I 号苏脉饮：当归 15g，元参 15g，银花 30g，甘草 15g，郁金、泽兰、紫草、夏枯草各 30g，赤芍 60g。水煎服，一日一剂。

病案举例

1、徐××，女，28 岁，河南籍，工人。

1970 年初诊。主诉：四肢皮肤片状发硬 6 年。病史：自述于 1964 年发病，未治疗。到 67 年加重，皮肤发硬，经某医院活检病理诊断为"硬皮病"，曾用油西林、胎盘组织液等治疗不效。

门诊检查：患者畏寒肢冷、关节疼痛、舌淡暗、苔白腻、脉沉。

皮科情况：两上肢，左季肋区及双下肢内侧皮肤均有大小不等之片状褐色硬斑。诊断：皮痹（局限性硬皮病），证属寒凝腠理，脾肾阳虚型。治以温肾散寒、健脾利温、活血化瘀、予阳和汤加味连服一年，病情好转。然而于 73 年因怀孕生产后，症状复而加重，又辨证为寒侵脉络，肺卫不宣型，改服荆防败毒散加味半年，病情明显好转，皮肤开始变软、色减退、汗出不痒，手指灵活。以后病情一直稳定。后又因月经不调、情绪烦躁，改服丹栀逍遥散加味，以舒肝解郁，健脾和胃，通络化瘀。一年后复查、症状消失，皮肤变软，经活检病理报告为"硬皮病治疗后显著进步"。

2、马××，男，49 岁，陕西籍，农民，1991 年 3 月初诊。

主诉：皮肤发硬 5 月余。病史：皮肤发硬前一年，皮肤只呈暗褐色、发硬后经西医院诊断为硬皮病，住院治疗三个月不效。门诊检查：畏寒肢冷、关节疼痛、纳差，周身无力。舌暗红、苔白脉弦。皮

科情况：面部、手背皮肤发张发紧，胸、腹、腰部皮肤呈弥漫性肿硬、色黄褐。皮肤活检：符合硬皮病改变。x 线透视：胃、十二指肠硬变。左心扩大；心电图：心肌供血不足；心向量图：左心室肥大。诊断：五痹证（系统性硬皮病、浮肿、硬化期），证属寒凝腠理、脾肾阳虚。治以温肾散寒，健脾利湿、活血化瘀。予Ⅰ号回阳通脉汤（丸）坚持治疗一年多，病情稳定并趋于好转：皮肤颜色转淡、肿硬范围缩小、自觉症状明显减轻。病情好转、疗效尚为满意。现在继续治疗中。

体会

1、硬皮病相当于中医之“五痹证”。《素问·痹痛》说：痹在于骨则重；在于脉则血凝不流；在于筋则屈不伸；在于肉则不仁；在于皮则寒。故此五者、则不痛也。这五种痹合而为病，基本概括了硬皮病的临床特点及其中医病理。又“五脏皆有合，病久而不去者，内舍于其合也”。“凡痹之客五脏者……”。等，也都符合硬皮病在晚期而累及内脏器官的病情演变。“其入脏者死，其留连筋骨者疼久，其留皮肤间者易已”。这也符合硬皮病所出现的不同的预后。所以，中医之“五痹证”相当于西医之硬皮病，病名虽不同，病症却无异。对于本病症状的描述，也可见于宋朝吴彦所撰《传信适用方》一书：“人发寒热不止，经数日后，四肢坚如石，以物击之似钟声，日渐瘦恶，治以茱萸木香等煎汤，饮五日可解，愈”。相当于西医硬皮病的晚期（硬化、萎缩）症状。

2、本病外涉皮脉肉筋骨、内及五脏六腑，而皮肤腠理表现为肿、硬、萎的特点，姜老师根据这个临床特点，应用《内经》“风寒湿三气杂至合而为痹”“阴气者，静则神藏，躁则消亡”的理论思想，认为本病的病因病机为：素有脾肾阳虚，外卫不固，腠理不密，若寒邪乘虚外侵，凝结于腠理，进而阻滞经络，痹阻不通，导致营卫不和，腠理失养面发为本病。病程迁延日久，累及诸脏，致使脏腑功能失调，加重皮肤病变。病机的要点是寒凝腠理。姜老师依此而化分的二期四型证治法，可谓独创。

3、本病的治疗、姜老师着重于“寒凝腠理”、遵循古人“脏腑虚寒、阳气不能温煦”之训，竭力主张以“扶正固本”为主的“补”的治疗原则，反对以“活血化瘀”为主的“破”的治疗原则。他认为气滞血瘀并非本病之根本，若长期使用，必损气伤血。

4、姜老师把中医辨证论治和西医分期分型的概念和方法有机地结合起来。首先，他把复杂的硬皮病按中医寒、热辨证分为两大类。然后，又根据发病缓急划分为两期。凡缓慢者，多属于寒证；凡急性者，多属于热证。在以寒证为主的缓慢进展期中，又根据病情发展的不同阶段，划分为四个不同的类型。不同的期，不同的类型，有着不同的治疗原则和不同的具体方药，衷中参西，纲举目张。

（阴沁伟）

张作舟　　清热除湿法在皮肤科的应用

湿热证在皮肤科较为常见，其皮损表现多为红斑、水疱、渗液浸淫、糜烂结痂、搔痒不止等，清热除湿为治疗大法。但临证则病因复杂，邪非单一，常相兼为病，虚实各异，若墨守陈规，一味苦寒清利攻邪，则易伤正气而转至顽症。张作舟老师擅长用清热除湿法治疗皮肤科常见多发病及疑难杂证。他认为，湿与热本为正常之气，可温煦濡养人体，太过则使人致病。湿邪属阴，重浊粘滞；热为阳邪，先上耗津，二邪相合，则阻遏气机，壅闭清阳，亦可聚热成毒，耗气伤阴，故应用清热除湿之法，临证须详加辨证，灵活运用。现将张作舟老师清热除湿之常用四法简介如下。

一、透热化湿法：适用于外感湿热，兼受风邪，发于皮表者。患者发病较急，病位多偏上偏表，皮损多为红斑、丘疹、水疱、风团等，自觉瘙痒，伴有发热恶风，头痛咽痛，舌质淡红苔薄白，脉浮滑。常见于水痘、丘疹性荨麻疹及部分荨麻疹、脂溢性皮炎、接触性皮炎等病。拟透热化湿法，使邪从表而解。张老师常用自拟荆防除湿汤。方中用荆芥、防风、刺蒺藜、黄芩透热疏风；白鲜皮、苦参、车前子清利湿热而止痒；藿香、佩兰芳香化浊，除湿解表；白茅根一味，既可清心透热，又可凉血利湿，且甘寒而不伤正，张老师最善用之。

欧××，男，62岁。1992年8月1日初诊。四肢躯干出现风团三天，色红而剧痒，此起彼伏，伴头痛咽痛，烦倦，口不渴，大便干。舌质淡红苔薄白，脉浮数。诊为荨麻疹。辨证为风热挟湿，侵袭肌肤。拟荆防除湿汤加减：荆芥10g，防风10g，藿香10g，佩兰10g，浮萍10g，泽泻10g，车前子10g，黄芩10g，射干10g，白鲜皮15g，白茅根15g，三剂后复诊，皮疹全消，诸症大减，继服两剂，至今未发。

二、清热利湿法：适用于湿热内蕴脏腑，壅滞皮肤者。患者皮肤出现红肿、红斑、水疱、结节等，自觉疼痛或瘙痒，伴发热烦躁，口苦咽干，舌质红苔黄腻，脉滑数。常见于丹毒、疖肿、带状疱疹、结节性红斑及一些接触性皮炎、急性湿疹等病。拟清热利湿法，张老师常用龙胆泻肝汤减木通之苦寒，加白术、厚朴以护脾行气。肝热盛者重用龙胆草、赤芍；便秘者加川军以泻热导滞；疹色红绛者加丹皮、白茅根凉血消斑。

田××，男，83岁。1992年7月23日初诊。左侧胸背肋胁处出现大片集簇性丘疱疹及疱疹，基底潮红，痛不能寐已一周余，伴有纳差，便干溲黄，舌质红苔黄腻，脉弦滑。诊断为带状疱疹。辨证为湿热内蕴，肝经郁滞。拟清热除湿，疏肝化郁法，用龙胆泻肝汤加减：龙胆草10g，柴胡6g，栀子10g，川楝子10g，茵陈10g，甘草10g，四剂。二诊时皮疹已大部分结痂，痛减。继服三剂后皮疹已完全干燥，部分结痂脱落，但自觉乏力、口干、便秘，此时邪祛大半，气阴已伤，原方去龙胆草、栀子、泽泻，加生地、党参、茯苓、麻仁益气养阴，扶正祛邪，七剂。四诊时，痂皮全脱落，已不痛，余症亦消，因虑其年龄较大，嘱其继服七剂巩固疗效。

三、解毒祛湿法：适用于湿热久蕴，化火成毒成湿热之体复感毒热之邪者。患者皮疹多为红斑、脓疱，糜烂，脂水津流，脓痂污秽，甚则可及脊核，伴烦渴便秘，舌质红绛苔黄腻，脉滑数。常见于痈疖脓已成者及传染性湿疹样皮炎、脓皮病等。拟清热解毒，祛湿排脓法，张老师常用五味消毒饮加龙胆草、栀子、泽泻、茵陈以增强燥湿清热之力，加陈皮、厚朴理气化湿。若渗液多者加苍术、车前子；口干

渴者加生地、花粉护阴排脓。

陈××，女，21岁。1992年2月10日初诊。患者因头部疖肿溃脓后周围皮肤出现丘疹、渗液脓痂二月余，增用多种抗菌素及激素类药物内服外用，均无效。来诊时头部满布厚脓痂如帽状，多处皲裂，有大量脓血性渗液。痒痛不宁，颈部淋巴结肿大，化验：白细胞总数12000/立方毫米，口干苦，二便调，舌质红苔黄厚腻，脉滑数。诊断为传染性湿疹样皮炎。辨证为湿热蕴毒，上蒸于头。拟清热解毒、祛湿排脓法，药用蒲公英20g，地丁20g，野菊花15g，龙胆草10g，黄柏10g，泽泻10g，银花20g，白藓皮15g、苦参10g，甘草10g，七剂。外用植物油清除脓痂后香油调敷解毒祛湿散以收敛祛邪。二诊，脓痂已大部脱落，脊核消退，白细胞为9000/立方毫米。原方减龙胆草，加防已、苍术，七剂。三诊，皮损完全干燥，有较多糠状皮屑，此时湿热已清，初显伤阴化燥之象，改用凉血润燥，兼清余毒法，药用野菊花、银花、生地、赤芍、花粉、青蒿、黄芩、甘草七剂而痊愈。

四、扶正理湿法：适用于正气不足，气阴两虚，复感湿热之邪或湿热久蕴，耗气伤阴者。皮疹色淡或暗，水疱多不饱满，糜烂渗出经久不愈，或皮损肥厚干燥，抓后少量渗液。多伴有口干，眠差，五心烦热，纳少倦怠，脘腹胀满，舌质红苔少或苔黄腻，脉细数。常见于天疱疮、白塞氏病、慢性湿疹、异位性皮炎等病。本型属本虚标实之证，滋补则易助湿，清利则易伤阳，故应详辨标本缓急，正邪兼顾，有所侧重。常用自拟扶正汤为主佐清利湿热之品，方中沙参、生地、麦冬、白芍滋阴而不恋邪，茯苓、泽泻、车前子利湿而不伤阴，党参、黄芪、陈皮、甘草健脾行气、驱邪外出，青蒿清虚热而透邪外出。

王××，女，38岁。1990年12月6日初诊。患者一年半前因口腔反复溃疡，周身起大疱，尼氏征(＋)在某医院住院治疗，经皮肤组织病理确诊为寻常型天疱疮。口服强的松60毫克/日，五个月后减到15毫克/日，病情基本控制而出院。因长期大剂量口服激素出现窦性心动过速，糖尿病，月经失调等症。来诊时四肢躯干口腔仍有水疱，糜烂结痂，痒痛不止，伴心悸气短，倦怠乏力，口干引饮，舌质红苔白，脉沉细。辨证为湿热久蕴，气阴耗伤。治以益气养阴，除湿祛邪。药用南北沙参各15g，黄芪15g，太子参15g，麦冬10g，茯苓10g，车前子10g，泽泻10g，青蒿15g，黄柏10g，陈皮10g，甘草10g，十四剂后水疱干燥，已无新疱疹出现，精神渐佳，原方加地骨皮、黄精等药持续服药2月余，自觉精力倍增，皮疹均愈，纳佳便调，强的松减到7.5毫克/日，继在原方基础上加减，坚持服药一年余，强的松维持5毫克/日，皮疹一直未复杂，各项化验检查均已正常，且能从事正常工作。

湿热之证，历来医家多重视辨其湿热孰重，而张老师除此之外，尤重辨其表里虚实。认为湿热在表若过用苦寒清利之品则可引邪入里，损伤脏腑，应选 用轻清宣透之品，使邪自表出。湿热在里则应详辨虚实，湿热虽为实邪，然患者体质尚有虚实之分，治疗中正邪对比有盛衰之别，不可一味攻邪，使正气受损，变证百出。故有清热解毒利湿之攻邪法和益气养阴利湿之攻补兼法。

湿邪伤人，必犯脾胃，故云："治湿不治脾，非其治也"。张老师认为脾升胃降贵在气机运行不息。治脾的关键在于调理，湿邪在表可用芳香透达以醒脾；湿热在里用苦寒清利之品应少加甘温以护脾；毒热壅塞气机郁滞应行气开郁以理脾，正虚邪不实时可用甘寒化滞以健脾，气阴大伤应益气养阴以滋脾。脾胃得健，后天得充，气机调达，则湿邪自除。

张老师常说，湿热之邪既可阻遏气机，又易耗气伤阴，苦寒辛燥之品虽可清热燥湿，且伤正气，非热炽毒壅者不用。他善于用白茅根、竹叶、灯芯草、茯苓、泽泻、车前子等甘寒清化渗利之品，化湿而不伤阴。张老师积多年经验，认为一般皮肤病渗出的津脂与痈之脓液不同，是由于脏腑气化失调，迫津外泄，日久则气随津泄而成虚证，治疗中清利湿热不可忘收敛扶正，多采用内外兼治，攻补兼施，主张邪祛大半时应中病即止，适时扶正护阴，以其自身之正气清除余邪，以获全效。

（方平　刘瓦利）

衣元良　　祛障明目汤治疗早期老年性白内障

"祛障明目汤"是我院眼科主任医师衣元良根据祖国医学理论和多年的临床实践经验，创制的一首治疗早期老年性白内障的有效方剂。为了总结衣老师的临床经验，探讨该方的治疗原理，我们对经用此方治疗的部分病例进行了疗效分析，并对该方煎剂做了16种微量元素的测定。现将临床治疗情况及测试结果分别整理如下。

治疗情况

1、治疗方法

以"祛障明目汤"水煎，每日一剂，早晚饭后分两次服，两个月为一疗程。

方药组成：熟地15g，党参12g，当归12g，白芍10g，制桃红10g，云苓12g，菊花12g，炒山药15g，女贞子12g，枸杞子10g，车前子12g，潼蒺藜10g，夏枯草15g，陈皮6g。

加减：肾阳虚者加菟丝子、肉苁蓉、巴戟天；脾气虚者加黄芪、黄精、白术；阴虚重者加玄参、石斛、麦冬；肝胆湿热者加龙胆草、栀子、泽泻；气血郁滞者加柴胡、枳壳、丹参；肝阳上扰者加石决明、双钩藤、天麻；大便秘结者加草决明、火麻仁等。

2、一般资料

本组病例51例，93只眼，均系门诊病人，其中男34例，60只眼，女17例，33只眼。年龄最小45岁，最大82岁，平均57.45岁。治疗前视力最低0.1，最高0.7，平均0.53。病程最短的为两个月，最长的三年，平均六个月，服药剂数，最少的15剂，最多的130剂，平均64剂。

3、诊断标准

(1)年龄：45岁以上；(2)视力：0.7～0.1；(3)晶体混浊：包括空泡，水裂，板层分离，轮辐状混浊，楔形混浊，核硬化及后囊下混浊，但不包括少数不影响视力的点状混浊。(4)除去引起视力下降的白内障以外的其他病因，如屈光不正，某些眼底病等。

4、疗效标准

用国际视力表检查视力，以视力提高与否做为评价疗效的标准。分显效：视力提高4行以上，或达到1.0以上；有效：视力提高1—3行；无效：视力提高不到1行。

5、治疗结果

经过治疗，93只眼获显效的67只眼，占72.4%，有效的20只眼，占21.5%，无效的6只眼，占6.46%，总有效率为93.54%。治疗后最低视力0.1，最高达1.5，平均视力为0.904。

随访情况：经对40例，73只眼进行停药半年以上的随访，视力稳定者33例，60只眼，占82.2%，视力下降者7例，13只眼，占17.8%。

微量元素测试情况

1、材料与方法

选用该方的基本方药(同上)。将以上药物置砂锅内浸泡半小时,加水1500ml,分两次水煎并浓缩成约250ml药液,取其上清液0.5ml,加水稀释到5ml,振荡后上机测定。

2、仪器及结果

(1)仪器

为美国BECKMAN公司生产的SPECTROSPAN—V型三电极直流等离子体原子发射光电直流光谱仪(3DCP—AES)和随机配用的8085型系列电子计算机。该仪器性能稳定,精密度高,检测限低,可同时进行多种元素的测定。

(2)结果

祛障明目汤中16种微量元素的含量(ug/ml)为:锌 5.13 硒 19.87 锰 1.57 镉 0.92 铁 66.61 镁 10.50 钙 8930 铅 3.78 铜 0.72 镍 1.15 钴 8.94 钾 2537 钠 1870 锂 1.24 铬 0.58 钛 2.05

结果表明,该方所测的16种微量元素全部具备,其中包括人体必需的微量元素8种:锌、硒、铁、铜、锰、镍、钴、铬;常量元素4种:镁、钙、钾、钠。四种常量元素的含量均较高微量元素中以硒、铁的含量为高。

讨 论

众所周知,老年性白内障的预防和治疗是目前我国防盲工作的重要课题之一。鉴于当前国内外尚无疗效肯定的药物用于早期白内障的治疗,衣元良老师应病人之所需,精研医理,反复实践,摸索出了一套行之有效的治疗方法,他针对本病主要是由于年老体弱,肝肾不足,脾胃虚弱,导致气血两虚,气滞血瘀,精气不能上荣于目而使晶珠混浊的发病机理,确立从肝、肾、脾三脏着手的原则,创制了集补肝肾,健脾胃,活血明目于一体的"祛障明 目汤"。方中熟地、白芍、当归、女贞子、枸杞子、潼蒺藜滋补肝肾,育阴养血;党参、云苓、山药、陈皮补中益气,健脾和胃;川芎、红花、制桃仁行气活血,化瘀消滞;菊花、夏枯草、车前子平肝明目,升清降浊;全方共奏祛障明目之功效。此方选药精良,配伍合理,用于临床多年,效果良好。实践证明,中药具有毒副作用小,宜于长期服用,且能调整阴阳,扶正培本的特点,这是任何合成类药物无法比拟的。此外,中药系纯天然药物,富含多种人体必需的微量元素、氨基酸及维生素等,是发挥防治疾病作用的重要物质基础。近年来的研究表明,老年性白内障的发生均伴有晶状体内微量元素、氨基酸及维生素含量的变化。特别是锌、硒、镁、钙、钠、钾等微量元素的改变与晶状体的代谢及白内障的发生、发展有着极为密切的联系。如目前比较一致地认为硒在眼球中含量最为丰富,缺硒可引起白内障、肌肉萎缩及近视。老年性白内障晶体硒含量可下降至正常的1/6;镁含量亦明显减少,且随着年龄的增高减少更加明显。还有学者认为钾、钠比率的改变可影响晶体蛋白的合成,推测与晶体混浊有关。Lebenshn测定透明晶体皮质和核的钾、钠比值分别为1.65和1.34,在白内障则降到0.41和0.32。吴欣怡测定透明晶体的钾、钠比值为1.71,而混浊晶体则为0.42。本文所测中药中的微量元素硒、镁值均较高,且钾、钠比值为1.36,比较接近透明晶体的钾、钠比值。故作者认为该方含有较为丰富的微量元素,其中绝大多数为人体所必需且与老年性白内障的发病有关;方中的微量元素与其他成份相辅相成从不同环节不同角度发挥了调节和补充作用,对于促进眼组织,尤其是晶状体的新陈代谢极为有利。综上所述,该方之所以成为治疗老年性白内障的有效方剂,除了辨证精确、用药适宜外,与中药中微量元素的作用是分不开的。

(郑新青 王静波)

赵绍琴　治疗失音的经验

赵绍琴教授不仅擅长治疗温热疾病，对疑难病也有独到之处。笔者有幸亲受老师教诲，受益匪浅。现将这几年来，赵老师治疗失音的经验简介如下。

失音即声音嘶哑，甚至不能发声。它的病因病理比较复杂，《内经》名曰"瘖"或"喑"；《医学正传》则称"喉喑"。因肺脉通会厌，而肾脉挟舌本，"会厌者，音声之户也"（《灵枢·忧恚无言》）。故本病虽属声道、喉咙的局部疾患，实与肺肾有密切关系，因此古人有"金水相生，病在肺肾"之说。《直指方》曰："肺为声音之门，肾为声音之根。"前人叶天士则比作："金实则无声，金破亦无声"，都说明了这个道理。其致病因素当有内伤、外感之分，其病机病理应有虚实之不同。故张景岳说："喑哑之病，当知虚实。实者其病在标，因窍闭而喑也；虚者其病在本，内夺而喑也。"其辨证施治，一般当以病势的缓急，分为暴喑，久喑两大类。大抵暴喑者，多因风寒客热壅遏而致窍闭，其病属实，治当宣散清疏；久喑者，多因阴血耗伤、精气内夺而喑，其病属虚，治当清润滋养。

病例一：高某，男，10 岁，学生，于 1992 年 4 月 26 初诊。

患者时感咽痛，今年 1 月 28 日再犯，两天后突然声音嘶哑，继而说不出话来，某医院用大量抗菌素、喉症丸、六神丸等治疗均无效，后经喉镜检查，诊断为"声带息肉"。现除失音外，心烦急躁，夜寐不安，咳嗽有白痰，饮食不佳，小便黄赤，大便略干，舌红苔白腻滑润，脉浮滑且数，沉取略细。检查：咽红、两扁桃体肿大，心肺（一），白血球 8000/立方毫米。证属内热蕴郁，寒邪外袭。治以宣肺疏化，清热利咽。

处方：苏叶 6g，前胡 6g，浙贝母 10g，茅、芦根各 10g，杏仁 10g，枇杷叶 10g，瓜蒌 10g，焦三仙各 10g，水红花子 10g，七剂，水煎服。

二诊，5 月 3 日

服药三剂后，喑哑开始好转，能说出话来，七剂服完，声音恢复正常。饮食二便如常，余症皆减，再以上方七剂，巩固疗效，饮食当慎。

按：此患者素有郁热，因暴饮寒凉，形成寒邪包热，壅遏肺金，肺失宣肃，故声音嘶哑，甚则失音。又以大队寒凉的抗菌素、喉症丸、六神丸之属，导致凉遏其邪，增重其郁，邪无外出之门，而使喑哑久治不愈。故老师用苏叶开宣肺气、发散风寒；前胡宣散肺经之郁热；浙贝母、枇杷叶、瓜蒌清泻肺热，浙贝母、瓜蒌又能止咳祛痰散结；茅、芦根清热宣肺利咽喉又能润肺；杏仁、苏叶宣肺祛痰以畅气机；焦三仙、水红花子祛中焦脾胃之积滞。诸药相须，肺气得宣，外寒得散，郁热得清，气机得畅，咽喉得利，声音自复。

注：症状消除后，患者拒作喉镜检查，未能明确其"息肉"情况，稍憾。

病例二：张某某，女，38 岁，农民，于 1988 年 11 月 28 日初诊。

患者于上月 22 日上午，因与邻居发生口角，晨起发现失音。急去医院检查，诊断为"癔病性失音"，经用西药、中药、针灸、诱导等方法治疗均无效。现病人心烦急躁，夜寐不安，纳食不佳，头目眩晕，胸胁胀痛，大便干结，舌红起刺，苔白且干，脉弦滑且数。证属肝经郁热、气机不畅。治以调畅气

机，清泻肝经郁热之法。饮食宜清淡。

处方：蝉衣 6g，僵蚕 10g，片姜黄 6g，大黄 1g，柴胡 6g，黄芩 6g，川楝子 6g，苏叶梗各 6g，茅芦根各 10g，焦三仙各 10g，水红花子 10g，五剂，水煎服。

二诊，12 月 2 日

据其爱人转述，因欲病速愈，第一天服药两剂，晚上腹泄 5～6 次，便物奇臭难闻，夜寐较安。第二天起床发出咳嗽声，并能说出话来，五剂服完，声音恢复正常，余症皆除，再以上方七剂。

按：本患者素有肝经郁热，加之与邻居发生口角而致肝气郁结，气机闭塞不通，升降失常，清浊不分因而致喑。老师用升降散加味，升清降浊，宣郁散结，调理人体之气机升降。方中以蝉衣透散郁热之邪；姜黄行气散郁；僵蚕轻浮升阳，清热解郁，化痰散结；大黄攻积导滞。再配以柴胡、黄芩、川楝子、苏梗舒调气机、清肝经郁热；茅芦根、苏叶宣肺利咽；焦三仙、水红花子健脾和胃。诸药相伍，三焦气机宣畅，内郁之邪自能外达，声音亦自复，余症皆除。

病例三：杨某某，男，78 岁，于 1989 年 8 月 10 日初诊。（家属代述）

患者于半月前因感冒发烧，体温腋下 38.5℃，咽痛，服用板兰根冲剂，喉症丸，抗菌素等药，体温下降，两天后体温又上升为 39℃，声音开始嘶哑，发音费力，继而失音，咽部干堵难忍，近七日来滴水未进，也未大便。怀疑咽中有肿物，准备后事，遂请赵老以决预后。诊时见：形体瘦弱，面红目赤，身热无汗胸闷懊侬，双目欲闭，时寐时醒，时有谵语，小便短赤，口中干涩粘腻秽浊，舌苔白腻垢厚，脉濡数，体温腋下 38.5℃。皆为暑热湿浊郁滞之象，先以芳香化浊宣郁之法。

处方：藿香 10g，佩兰 10g，苏叶 10g，茅芦根各 10g，水煎试用三剂，少量多次服。

二诊，8 月 12 日

当天中午药入口中，难下咽，腹中肠鸣，至晚上服完一剂，微有汗出，夜寐较安。第二天精神好转，神志转清，并能饮少量稀粥，可发出低微的声音，下午大便数枚如干球状。舌苔白腻，脉滑数，体温腋下 37.5℃，气机渐舒，暑湿渐减，声音渐复，仍以芳香宣化，佐以消导之品。

处方：藿香 10g，佩兰 10g，苏叶 10g，茅芦根各 10g，炒山栀 6g，淡豆豉 10g，杏仁 10g，大腹皮 10g，槟榔 10g，滑石 10g(包)，焦三仙各 10g，四剂，水煎服。

三诊，8 月 17 日

精神较好，声音完全恢复，能下地活动，饮食二便正常，夜寐较安，体温 36.5℃，再以前法进退，以固其效。嘱饮食当慎，防其食复。

处方：炒山栀 6g，淡豆豉 10g，炒枳壳 6g，苏梗 6g，茅芦根各 10g，竹茹 6g，焦三仙各 10g，水红花子 10g，七剂，水煎服。

按：本患者素体较差，又感受暑湿之邪，本应轻宣疏表，芳香宣解，而反服板兰根冲剂，喉症丸，抗菌素等寒凉之品，阻塞气机，邪无外达之路，壅塞清窍而致失音。病人身热无汗，胸闷懊侬，眼欲闭，时寐时醒、时有谵语，小便短赤，脉数，此非邪陷心包，火扰心神，乃暑热湿浊之邪蒙闭上焦，阻塞清窍之象。饮食不进，大便不下，舌苔白腻垢厚，乃湿浊停滞，气机不畅之象。因此老师先以芳香化浊，宣郁开闭，灵动气机为治。方中用苏叶、藿香、佩兰芳香化浊，并能升清降浊，宣畅气机；芦根清热利咽，又能宣阳疏表，茅根清热利湿。待暑湿渐减，气机渐舒、声音渐复后，再配以淡豆豉、炒山栀苦宣折热，杏仁、苏叶宣肺利窍开上焦气机；炒枳壳、苏梗、大腹皮、槟榔、焦三仙健脾和胃，消食导滞，通调中焦气机；茅根、滑石清热利湿，使湿热从小便走。诸药相合，三焦气机宣畅，暑热外泄，湿浊内化，清升浊降，病获痊愈。

病例四：王某某，女，36 岁，中学教师，于 1991 年 4 月 4 日初诊。

患者声音嘶哑，时轻时重，甚则失音已半年余。医院诊断为慢性喉炎、声带肥厚。始用胖大海有

效，后便无济于事。曾用过汤药、抗生素、清音丸等效果不明显。现咽干且痒，咳嗽痰少，心烦梦多，腰膝酸软，大便干结，舌红苔白且干，脉细数。证属肺肾阴虚，治宜滋补肺肾之阴，以复其音。

处方：沙参 10g，天麦冬各 10g，生地 10g，五味子 10g，浙贝母 10g，桔梗 10g，前胡 6g，苏叶 6g，瓜蒌 20g，枇杷叶 10g，五剂，水煎服。嘱其饮食清淡，忌辛辣之物，晨起步行 1～2 小时，注意禁声。

二诊，4 月 8 日

服药后，上午声音清亮，下午仍嘶哑，微觉咽干，夜寐不安。再以前法进退。

处方：沙参 20g，天麦冬各 10g，生熟地各 15g，山药 10g，阿胶 10g（烊化），五味子 10g，浙贝母 10g，芦根 10g，白芷 6g，苏梗 6g，焦麦芽 10g，七剂，水煎服。

服上方后，声音恢复，饮食二便如常，夜寐较安，余症皆去。再以上方十剂，分两周服用，以固其效。

患者于 1991 年 7 月 3 日，又带病人来看病告知，一直授课未复发，并坚持早晚锻炼，清淡饮食。

按：本患者系中学教师，由于发音过多，声带运用过度，耗伤肺阴，日久而致肾阴亏。肺脉通会厌，肾脉挟舌本，肺肾不足，阴液不能上承，咽喉失其濡养，而音哑咽干，甚则失音。肺气不清，则干咳少痰。阴虚生内热，虚火扰动心神，则心烦梦多。肾虚精亏则腰膝酸软。舌红且干，脉细数，大便干结，均为阴亏有热之象。老师用滋补肺肾之阴，使金水相生，水源不竭。方中先以苏叶、前胡、桔梗、枇杷叶宣肺通窍，调畅气机；沙参、麦冬、天冬、生地滋肺阴清肺热；五味子生津敛肺气；浙贝母宣肺软坚散结；瓜蒌润肺宽中通便。待取效后，再以生熟地、山药滋补肾阴；阿胶养阴润肺；苏梗宣畅气机；芦根宣肺生津润喉利咽；麦芽健脾。老师更妙用白芷，白芷虽为驱风药，但性滑润，使大队滋补之品补而不腻，调和诸药，又能载药上达于咽喉。因此诸药相配，取效甚佳。

小结：①失音的治疗始终注意气机的调畅，老师说："治病之要，调畅气机。"②中焦是气机升降的枢纽，老师治病非常重视脾胃之气的升降，胃气降浊气下行，而有助于脾气的上升。③失音的治疗，饮食调养到关重要，老师说："气机的宣透，非温不可。"如饮食寒凉则闭郁肺气，甜食则壅塞气机。另外辛辣刺激食物则助热邪伤阴液，都不利于暗哑的恢复。因此药物治疗与饮食调养相互配合，则可收到较满意的疗效。

（杨连柱）

干祖望　临床辨证经验阐微

业师干祖望，寄迹于医林已六十多个寒暑，对中医耳鼻咽喉病的诊断、辨证，形成了独树一帜的特色经验。现浅述于下：

立足中医之本　强调窍病辨证特色

祖国医学的“整体观点、辨证施治”是中医之本，也是中医学的精髓所在。因此，干师认为中医耳鼻喉科也不例外，并将其始终贯串于生理、病理、辨证、用药之中，强调“天人合一”。如夏季咽喉干燥，是因此时湿重阴霾，湿浊困遏于脾胃，而不能运化津液上濡咽喉所致。若盲于养阴润喉，事必适得其反。治疗必须按照四时与人体 关系的要求，予以芳香化浊，助脾运化，使脾胃困遏获解得运，咽喉得其津液布达，则咽干即解。同时也要掌握“同病异治、异病同治”的灵活辨证，做到“中医治证而不治病”。否则 头痛医头，脚 疼医脚，炎症即投清热解毒药的机械性论治，势必失去中医之“本”。

干师还强调，要注意疾病的起因和治疗后反应的辨证。如风邪犯肺之感冒咳嗽，初起未能按辨证施治而随便应用止咳糖浆类药，以致咳嗽长期缠绵不愈，而出现咽痒即咳，不痒则咳缓。吾师认为是因服用糖浆所致外感风邪不得外泄，伏困于肺经，渍于咽喉而成后患。这时尽管虽无外感表证的现象存在，但仍需取射干麻黄汤或喉科六味汤来宣邪外泄，方能获愈。若误以为久咳必肺虚，予以润肺止咳，其结果必成徒劳。

干师还重视对每个病证的治疗过程中的环节辨证，也就是从疾病的发生、发展、转化规律进行辨证。避免固守一个证型，一治到底的呆板辨治式。如外耳廓湿疹，多以风、湿之邪所致，而且辨证治疗时，初期以风胜为主，其次是湿；中期以湿胜为主，风邪则为次之；恢复期以阴血不足为多见，在治疗上也就必须随之而应，才能效如桴鼓。

紧扣四诊析微　寻找窍病辨证特点

干师常常从周详而又细致的四诊所获得的症候群中寻找微妙的特征、特点作为剖析明辨的手段，这所谓“一滴水中窥天下”，也是吾师长期摸索积累的经验。如随师在门 诊遇一名耳鸣患者，耳鸣数月，音调偏高，舌薄苔，有纵横裂纹颇多且深，舌质红，尖部为甚而有朱点，脉细数，前医予以生脉散合六味地黄汤治疗月余，病反而有增无减。后经吾师诊治，以导赤散加味，从心火亢盛论治，药进五剂顿减，继服则愈。当时余觉得前医辨为气阴两虚是对的，而为何无效，而吾师法从清心泻火竟能霍然而愈，真不解其惑。师曰：舌有裂纹，首先要询问其进酸、咸等食物是否有刺激痛，痛者为气阴两虚；若不痛者，即为生理性的裂纹舌，对辨证没有参考意义，更不能误作为气阴虚论治。再如便溏者，便后用三张以上的卫生纸都擦不净，属脾虚；若虽为便溏，擦之即净者要考虑为实证。耳鸣病症，见有轰鸣音，且音调高、音量大，拒纳外来噪音（即听到外来噪音而心烦、讨厌）者为实证。若为青壮年、脑力劳动、且舌尖红或有朱点者，多为心火亢盛；脾气急躁，口干口苦，舌红苔黄者，多为肝火偏旺；形胖、舌苔腻浊者，多为痰浊挟火上扰清空。若低音调，音量小，对外来噪音听之不烦、不厌而无所畏者，多为虚证。咽炎之咽干有毛涩烧灼感者，多为五志之火，属实证或虚实挟杂；若疲劳、多言后

而咽干不适者，为脾虚不能布达津液。鼻流清涕如水，遇冷、遇热即自淋者，多为肾虚不固；若鼻痒、喷嚏频作之清涕滂沱者，为过敏质。咽喉异物梗阻感，以进食即有，不进食则无者，应高度考虑为食道新生物；而咽炎或咽喉癔感症者，多为空咽或不进食时异物梗阻感明显，在进食时其症状反而消失或舒服，嗳气、泛酸灼喉者，为肝木旺盛之实证；若嗳气、泛清水而无酸灼喉者，多为胃寒之虚证。矢气臭者为实；不臭者为虚，对有些疾病经西医应用抗菌素、输液后的舌苔多腻浊，属西药副作用之扰，不能决断为中医的湿浊证。风热乳蛾与喉痈都有咽痛的共同症状，但后者有痛连耳的深部特点。对窍病脓肿及疖肿衡量脓是否蕴成，以跳动性（搏动）疼痛与否而定，有者脓已成，无者脓未成。凡窍病有疼痛者，多为火证。微痛日久者为虚火；痛剧新发者为实火。口气浓郁者，本属胃热，但有龋齿者则例外。眩晕者，直立即甚，得卧则减者，为清阳不升，反之为肝阳上亢。鼻塞者，当询问其有无高血压及服用降压片史，若有者属瘀血范畴（因降压片致毛细血管扩张，鼻甲郁血的副作用），失眠者，入眠困难，多见于青壮年，为实证之心火亢盛或胃不和；眠后易醒而再眠难者，多为虚实夹杂，常属胃强脾弱；眠后早醒者，多见老年人之虚证，以心血不足为常见……等等。确实，干老这种细致析微的手法，对准确辨证、指导遣方用药具有较好的临床意义。

创建中医五诊　开拓窍病辨证途径

五官七窍是人体的一个组成部分，它与人体的脏腑、气血、经络都有着密切的关系，发生疾病时，当然也必须在四诊八纲的辨证基础上进行论治。但是，干师认为在耳鼻喉科中，单以四诊还不够，尤其是孔窍有病，而全身及脏腑无症状表现，或者不明显，而形成无症可辨的情况下，就必须探出新路而设“查诊”。这就是借用现代医学的检查手段，内窥直视孔窍，洞察局部的变化表现，用来作为辨证的资料及依据，从而弥补四诊的不足。如中耳腔积液，经穿刺抽吸到清稀淡黄液者，为肺气失宣，饮停耳窍；若液体粘稠起丝，色呈深黄者，为痰浊凝聚耳窍。查见鼓膜浑浊或菲薄者，多为肾虚。鼓膜浑浊内陷者，多为中气不足，鼓膜轻度充血、鲜红、伴痛者，常为风热之邪上扰。若鼓膜充血呈血泡样，伴痛剧者为肝胆实火。电测听检查为传导性耳聋者，多为气闭耳窍；感音性耳聋者，多为血瘀耳窍。查见鼻甲肥大，粘膜淡红，收缩良好者，多为风寒袭肺；粘膜鲜红者，为风热犯肺或肺热证；若鼻甲肥大而色呈紫暗，收缩欠佳者，为瘀留鼻窍；鼻粘膜淡白而鼻甲肥大不显者，为气血两虚；若鼻粘膜苍白，伴有喷嚏、清涕多者，为肺寒卫弱或肾阳不足。如鼻塞而查见鼻腔空旷干燥、结有大量干痂者，为肺、肾阴虚（萎缩性鼻炎）。浓涕多，查见以中鼻道潴积为主者，多为胆移热于脑；以下鼻道积涕为主者，多为肺热证。咽部查见粘膜充血红艳者，为风热或胃热；充血暗晦者为瘀滞证；暗红者为相火偏亢；红白相类及少津者，为肺肾阴亏，若淡红伴表面附有白色透明样分泌物者，为脾虚生痰。查见咽后壁淋巴滤泡散在性增生者，其病在肺肾；团状增生者其病在脾土。喉镜查见声带充血艳红者，多为风热；充血紫暗者为气滞血瘀；暗红而瘦小欠润泽者，为阴虚火旺。若查见声带肥厚、息肉、小结，呈苍老色滞者，多为血瘀夹痰；嫩泽淡白如水泡样者，为痰浊夹瘀。声带闭合不全，呈梭缝者，为宗（中）气不足；后端呈三角缝者，为肾不纳气。鉴于此，设查诊不仅解决了四诊对窍病辨证方面的不足，而且还为辨证用药、增加疗效、中西医结合等都提供了新的途径。如严重的鼻中隔弯曲所致的鼻塞，若以辨证施治是无法奏效的，就必须手术矫形，方能治愈。查诊还可以减少误诊及事故的发生，如喉癌与声带息肉的嘶哑；急性咽炎与急性会厌炎的咽痛等，都必须通过查诊而明辨，并采取相应的治疗措施，方能万无一失。

人之所病，病疾多；而医之所病，病道少。的确，医者在临床上常常被诊断的方法少、辨证不够准确所困惑，若能结合干师的这些经验与方法，即能解其虞也。

（陈国丰）

妇　科

班秀文　　运用鸡血藤治疗妇科病的经验

鸡血藤性味苦、甘、温。入血分善治血病。鸡血藤以云南、广西等少数民族地区所产者良。据西南文史古籍《顺宁府志》总结了西南地区少数民族使用该药的经验，称其为“血分之圣药”。妇科名医班秀文教授在壮乡行医50余载，将壮医使用鸡血藤的经验与中医临床紧密结合，运用鸡血藤治疗妇科疾病具有独特的体会，且疗效显著。现将其部分经验介绍如下，以飨读者。

一、以补血为主，善治虚证

鸡血藤以补血为主或以行血为主，历代尚有争议。班师总结壮族民间用鸡血藤治疗妇人血虚手足发麻的经验，经过长期临床实践，认为该药入肝、心、脾，以补血为主，行血为辅，属滋补肝阴，增强肝用的强壮之药。适用于各种妇科虚证，尤其是血虚偏寒者。如血海虚寒而证见经行后期，量少色淡，甚或经闭不行，班师除选用气血双补的八珍汤或人参养荣汤以滋养肝血，健脾和中外，常重加鸡血藤以加强补肝血，促升发之力，使冲任旺盛，血海充溢经期自调。又如治疗肝肾亏虚，精血不足之月经前后诸症或绝经期前后诸证，证见经期或前或后，量多少不一，经色淡薄，伴见面色苍白或晦暗，头晕耳鸣，小腹不温而坠痛，腰膝酸软等，班师常以滋补肝肾的六味地黄丸或定经汤重加鸡血藤治之，以待精血两旺，冲任得复面肝肾藏泄有职，诸症得瘥。又如治疗肾阳虚衰、肝阳不振的宫寒不孕，证见婚后多年不孕，经行衍期，性欲淡漠，甚或厌惧，卵子发育不良等，班师除用张景岳的右归丸加菟厮子、蛇床子、淫羊藿以调动肝、肾的“作强”、“罢极”功能之外，常重加鸡血藤，以温养心肝二脏，使肝木得温，肾阳振奋，生机蓬勃而经行有常，子脏温暖而受孕有期。如治疗冲任不足或肝肾亏损的习惯性流产，证见孕后胎元不固，流产频频，伴头晕，目眩，困倦乏力，纳食不香，膝软腰酸，甚则耳鸣等，班师治病于未病之先，除用寿胎丸加川杜仲、覆盆子或泰山磐石散以固肾寿胎外，常重加鸡血藤以温养肝血，使血足气充，肾气能蛰能藏，卵子活跃，其胎自固。因妇人一生耗用精血，常不足于血而相对有余于气，鸡血藤养血补血，故可加减治疗各种妇科虚证。

二、补中有行，巧治瘀血

鸡血藤集补散于一身，寓温通于补血之中，行血于养血之内，实为调治妇人经血最常用之药物。班师推崇唐宗海《血证论》关于瘀血形成及治疗的观点，即“凡血证，总以祛瘀为要”，“然既是离经之血，虽清血鲜血，亦是瘀血”。主张治经不忘血，治血不忘瘀。并认为鸡血藤补中有行，攻不伤正，为徐图缓攻，治疗瘀血之圣药。常将其加减用于各种瘀血病证之中。如崩漏是月经病中常见而较急重的病证，班师认为，尽管病源有寒热虚实之别，但离经之血多留瘀，故与瘀血有关。主张治崩不忘瘀，只有瘀去肾才能封藏，冲任才能修复。故治疗少女崩漏，常用补肾祛瘀之法，五子衍宗丸或六味地黄汤加鸡血藤、田七花、益母草、泽兰治之。治疗中年崩漏，常用补肝祛瘀之法，归芍地黄汤加鸡血藤、丹参、夜交藤、益母草、旱莲草治之。治疗老年崩漏，常用补脾祛瘀之法，补中益气汤或胶艾汤加鸡血藤、益母草、素馨花治之。痛经病变，既以“痛”着眼，治当以“通”为要，只有“通则不痛”，临床上以血水两治的当归芍药散加鸡血藤最为常用。若为寒凝胞宫所致，当用温经暖宫散瘀之法，温经汤加附子、艾叶，鸡血藤、丹参治之。若为气滞血瘀所致，当用理气化瘀之法，桃红四物汤加鸡血藤、益母草治之。若为肝肾虚损所致，当用益肾养肝散瘀之法，调肝汤加鸡血藤、益母草治之。产后恶露不绝，虽有虚、实之分，但与瘀血关系极为密切，若为瘀血未净所致，班师常 用生化汤加鸡血藤、益母草治之，以化瘀温通，加强疗效。若体虚有瘀者，班师强调分清虚与瘀的关系，注意补中有化，甚则适当酌用收敛止血之药，常用至愈汤加鸡血藤、益母草治之，使补不留邪，攻不伤正，标本兼治而取效。

三、养通血脉，堪治杂病

鸡血藤养血舒筋，流通血脉，善祛瘀生新，祛风蠲痹，故治疗妇科虚实夹杂，久治不愈的奇难杂症有良效。如性交涩痛，除亏损之外常有冲任之损伤，班师治疗该病，常在辨证施治的基础上加用鸡血藤。如见性欲淡漠、甚或畏恶反感、性交涩痛伴见小腹不温，腰膝酸软，交合后腰膝疼痛加重，小便清长等肾阳不振、肝肾两虚者，常以温养肝肾，调养冲任之法治之，右归丸去附子、肉佳，加巴戟天、紫石英、仙灵脾、鸡血藤为常用。如性欲正常，交合时干涩疼痛，甚或灼痛见红，伴见头晕目眩，心烦难寐，腰膝酸软等症者，多属肝肾阴虚，精血不足，治宜滋阴养血，调补肝肾，常以左归丸加归身，使肝肾充足，冲任通畅而治愈。如产后风症，虽有血虚、血瘀、外感之不同，但病机多与虚中挟瘀有关。治疗以扶正养血，活络祛瘀为法则，鸡血藤为常用之药。如偏于产后失血过多，筋脉失养所致关节疼痛之产后风，治宜养血益气为主，温通止痛为辅，《金匮要略》黄芪桂枝五物汤加鸡血藤、当归、川芎、宽筋藤为常用。如偏于败血不尽，瘀血内阻致关节疼痛之产后风，治宜养血化瘀为主，疏通经络为辅，《医林改错》身痛逐瘀汤加鸡血藤、桑寄生、威灵仙为常用。如偏于产后血亏，风寒湿侵致关节疼痛之产后风，治宜温经散寒为主，养血通络为辅，《伤寒论》当归四逆汤加鸡血藤、防风、威灵仙为常用。如子宫肌瘤为妇科常见的良性肿瘤，可归入血瘕积聚之范畴。班师认为多是本虚标实，虚瘀夹杂之证。治宜衡量虚实轻重，不可一味峻猛攻伐，以免损伤正气。应攻补兼施，顾护正气，消散瘕块。若肿块较大，体质较强，以瘀血积结为主者，治宜软坚散结，破积散瘕为主，补养气血为辅，桂枝茯苓丸加莪术、刘寄奴、猫爪草、鸡血藤、黄芪为常用；若瘕块日久不愈，体质较弱，以气血虚弱为主者，治宜补气摄血为主，破积散瘕为辅，当归补血汤加莪术、苏本、泽兰、猫爪草、鸡血藤为常用。

综上所述，鸡血藤虽为平和之药，但集补血温通于一身，故善治血病，为妇科之圣药。临床加减恰当，可通治虚实诸证及妇科奇难杂症。班师集前人之经验，用之临床，多有发挥，开拓了鸡血藤临床使用的广阔前景。古人言“知其要者，以一言蔽之”，以班师善用鸡血藤，妙用鸡血藤实为得其要领也。

（钟以林）

王绵之　妇科处方用药特色

王绵之教授继承家业，临证五十余年，悉心研究方剂学，辨证论治，师古不泥，组方遣药，多有巧思。今借其妇科临证处方用药之特色，介绍如下。

血虚肝郁　柴胡小量佐使

综观历代经方、时方的组成，既有严格的原则性，又有极大的灵活性。临证之时，只有把二者有机地统一运用，才能够达到预期的目的。

《圣济总录》云："妇人纯阴，以血为本，以气为用。在上为乳饮，在下为月事。养之得道，则营卫流行两不乖，调之失理，则气血愆期而不应。"明确指出了妇科在生理、病理上的特异之处，以及这些特点对于治疗的指导意义。肝藏血，喜条达，主疏泄，内寄相火。"女子以肝为先天。"更进一步强调了"肝"与妇女生理的密切关系。验之临床，妇科诸疾，如月经不调、痛经、不孕等症，涉及肝血者居多，逍遥散是常用之方。对于血虚肝郁之妇科病证，王绵之教授多以本方为主，随证加减，每获良效。然独重用当归、芍药为君，仅用小量柴胡为佐使，其意何在？王教授认为：女子如见目晕眩、性情烦躁，或抑郁不乐、经期胸乳少腹胀痛等症，切不可辄投、过用升散。柴胡欲作舒肝之用，必配白芍，且量宜小；欲作退热散邪，必配黄芩，用量又须大到9—24g。叶天士曾言："肝为刚脏，必柔以济之，自臻效验耳。"又云："柴胡劫肝阴。"近人张山雷氏对柴胡的理解和应用，有过精辟的阐述："仲景小柴胡汤主治，以胸胁满痛，心烦喜呕，胁下痞满等为柴胡证，本为外感之邪，遏抑正气，肝胆等为柴胡证；本为外感之邪，遏抑正气，肝胆刚木，不得条达，故以柴胡疏散其邪，使肝胆之气条畅，而诸证自安。……乃浅者犹因此而误认柴胡能统治肝病，遂于肝火凌厉之头痛眩晕，耳鸣耳胀目痛耳聋，胁痛䐜胀等证，亦复以柴胡为必须之品……治病反以增病"。"惟遇诸般肝胆实火之证，能于潜摄抑降队中，少加柴胡二三分，以通本气，藉作向导，收效亦捷。"于实者尚当慎之又慎，而于血虚肝郁者，更应根据肝脏体阴而用阳，女子以肝为先天的特点，充分注意肝血亏虚的实质，重在养血，辅以疏理。会举一案为例以说明。

台胞，王女士，32岁。1990年10月26日来诊。经行不畅，先后无定已数年。眩晕烦躁，夜寐不酣，小腹凉，带下腰酸，脘胁胀闷，尤以经前为著，下连左少腹，上涉胸乳。据述曾多方求治，屡服疏肝活血调经之剂而症情有增无减。会诊脉弦，关甚而寸小，右尺沉。舌质淡，苔白。是血虚肝郁，累及冲任，治以养血调经为主，辅以健脾温肾。处方：赤白芍各12g，当归18g，柴胡3g，川楝子9g，炒白术12g，茯苓18g，陈皮10g，炙远志6g，枣仁12g，仙灵脾9g，红花9g，生杜仲12g，丹皮6g，嘱服七剂。二诊：初方颇合，眩晕减，夜寐好，脘胁较舒，带下量减，情绪亦渐佳。脉转柔和，舌苔根剥。此肝郁渐舒而阴血仍亏。肝之母为肾，乙癸同源，故再以原法加滋肾为治。原方去红花、远志、陈皮、杜仲，加生熟地各12g。枸杞子12g，党参18g，制香附12g，怀牛膝10g，鲜生姜3片，服10剂。三诊：月经按期而至，经前、经期诸证若失，小腹凉感亦减，脉仍细，舌根处剥苔缩小。因返台日期已近，以原法拟一方带回长服。

本病已历数年，经服疏肝活血调经之剂而不效，虽一派肝郁之象，但细察舌脉，脉弦只在关部为甚，而舌质偏淡。四诊合参，辨为血虚是本，肝郁为标。处方重用当归、芍药，合地黄、枣仁养血柔肝，少佐柴胡，顺其条达之性而又不犯虚虚之戒，是故初方七服，脉象即转柔和，性情随之开朗。继以原法加入健脾补肾之品，所苦若失，终以补肝肾，健脾胃之剂善后。翌年秋来京洽谈商务，特登门致谢，言月经周期、色、量均已正常，诸证悉除，且精力甚旺。观此案辨证准确固然是前提，治病最终落实之处还是方药。

久瘀干血　方药宜缓宜曲

血之于人，“灌溉一身，无所不及。”“人有此形，惟赖此血。”这是对“血主濡之”的进一步阐述。若一旦失常，则诸证蜂起。血行不利或停滞，即是瘀血。妇人瘀血，首先可影响月经的周期及色、量，发生一些不易忍受的痛苦。育龄妇女，常致不孕。活血化瘀，是中医治疗瘀血证之常法。成方套药，或可取效，但亦有不应。尤其是瘀血顽症，临床颇费功夫。王绵之教授精研病机，勤求古训，参以心得，于辨证论治，恒多已见。王教授认为：如此之证，不祛瘀，经脉不通，但一味祛瘀，于虚无益。其虚何来？大致有二：其一，人身气血，自有常数。瘀自内生，多一分瘀，则增一分虚。瘀血虽阻于某处，但对全身气血之生化濡养并非无碍，且“瘀血不去，新血不生”。其二，久病必虚。有因瘀致虚。亦有因过用攻逐而不知培养所致。据此，治疗久瘀干血之证，王教授主张方药宜缓宜曲。缓者，不可专事猛攻，因瘀久则干，胶固坚结，若但祛瘀，攻之不当，瘀不得去反而伤正，徒伤好血，血虚愈甚。当细察邪正虚实，周全兼顾。曲者，因时而异。一般按经前、经期与经后，分期而治，灵活加减，如经前攻多于补，经期以攻为主促其行，经后则注意调和。缓曲之法，确为良策。

曾治一女性病人，26岁。婚前即因月经不调而多服活血调经之剂及成药，以致每月愆期，量少几无，色黑不畅，婚后三年未孕。1990年2月初诊：口唇紫暗，毛发焦脆，舌青有瘀斑，尖边多瘀点，脉弦细而涩。自述周身皮肤干燥粗糙，视其两上肢及环颈表皮甲错，此属久瘀欲成干血，先予和血化瘀法：当归18g，当归18g，丹参15g，红花9g，桃仁9g，茜草12g，卷柏9g，怀牛膝10g，法半夏12g，桔梗6g，制香附12g，茯苓18g，陈皮10g。二诊：服药两周，症情尚好，舌质不似前青。按月经周期推算，距上次经期已近一月，利用行经使瘀血顺势而出之机，加强逐瘀之力，仿大黄䗪虫丸法。处方用水蛭6g，䗪虫6g，生大黄6g，桂枝5g，丹参15g，当归18g，红花9g，桃仁9g，卷柏6g，桔梗6g，怀牛膝10g，制香附12g，茯苓18g。服到第10剂时，月经按期而至，经量较前明显增多，但色仍不正且多血块，小腹阵痛。继以上方去水蛭、䗪虫、大黄、桂枝、卷柏、桔梗，虑其动血太甚，而易以五灵脂9g，生蒲黄9g(包煎)，制乳香没药各3g(同煎)，生地15g。嘱服两周。三诊时云：此次经行四日方净，下黑血及紫血块甚多，血将下时先为腹痛，血行后反觉周身轻松。再按原法加减调治，三月后，月经基本正常，舌质转红，瘀斑瘀点亦减退，肌肤毛发渐觉润泽，五月后，月经过期不至，嘱查小便，诊为“早孕”，足月产一男婴，母子俱健。

妇女的月经正常与否，是健康的主要标志之一。《素向·上古天真论》曰：“(女子)四七筋骨坚，发长极，身体盛壮。”《灵枢·天年篇》亦曰：“人生……二十岁，气血始盛，肌肉方长，故好趋。三十岁，五脏大定，肌肉坚固，向脉盛满，故好步”。今患者26周岁，正是四七之期，方当盛壮之年，月经却不按期而至，且毛发焦脆，肌肤甲错，经量少而色黑，其阴血虚而经脉瘀阻之征已极明显。如此者，既要祛其瘀，更要治其虚。大黄䗪虫丸缓中补虚，祛瘀生新之剂也，故仿此为治。乃其经脉通畅，瘀血从地道而出，便当以治虚为主。故三诊后即调其气血，畅其经脉，则冲任自受其益。况患者一旦瘀去新生，极易复健，故不久即受孕而产子。据此可知，虚实标本缓急，为辨证论治之要点，而圆机活法，亦据此而来，并非玄奥不可捉摸，正所谓“运用之妙，存乎一心。”

经行鼻衄　巧用半夏通降

跟王教授侍诊期间，曾见治一少女，体质颇壮，余无所苦。但每届经期，必作鼻衄，二三日衄止，而后或有少量经行。脉弦滑，舌苔薄。投以养血和营，疏肝降逆之剂，每临经期，方中必有半夏。先后治疗三月而衄止，月经正常，未再复发。考经行鼻衄，不离血热气逆，治当清其血热，平其逆气。半夏辛苦温，入脾、胃、肺经，诸家本草均言其"燥湿化痰，降逆止呕，消痞散结"。且其降逆止呕多用于胃气上逆所致，如《金匮》大、小半夏汤、《温热经纬》黄连橘皮竹茹半夏汤等。此处用半夏，初颇费解。乃读王绵之教授《方剂讲稿》中"论温经汤"，始得大悟。

温经汤为治妇人年过七七而地道未闭，且下血数十日不止，暮即发热，少腹里急，腹满，手掌烦热，唇口干燥。方后又云："或月水过多，乃到期不来。"结合方药来看，所治诸证虚实寒热俱全。"虚"指阴血虚、冲任脉虚；"实"，指瘀血在下；"寒"，指下焦（胞宫）寒；"热"，指阴血虚而生热，瘀血久而生热。但无论是病因、病理，还是病证，都没有痰、湿和咳逆，呕吐，而方中却有半夏？仲景方配伍严谨，选药精当，历来奉为经方，如何理解方中的半夏？然后世论方者对此皆未深究。为此，必须从中医理论上进一步探索，才能找到正确答案。

首先，半夏主要是足阳明胃经药，降逆、散结而下行。但半夏之通降，不可局限理解只在足阳明胃经。《内经》十三方中有半夏汤，又称半夏秫米汤，治疗"目不瞑，不得卧"之证，即《灵枢·邪客篇》所谓："补其不足，泻其有余，调其虚实，以通其道而去其邪，饮以半夏汤一剂，阴阳以通，其卧立到。"就是由于阳偏盛而阴偏虚，阳气不得入于阴，所以目不瞑，不得卧。后世对胃不和卧不安的治疗用和胃之法，常用半夏秫米汤，即取半夏能通调阴阳，能降逆气。

胃为十二经脉之海，冲为血海，任为经脉之海，冲任二脉均与足阳明胃经相通。《素问·骨空论》中指出："冲脉为病，逆气里急"。故借用半夏之降以下行，用治妇女月经病，正是取其能通过足阳明胃经而作用于冲任，后世有用麦门冬汤加桃、红之类治血虚之"倒经"者，亦可为佐证。

（王　煦）

许润三　治疗输卵管阻塞性不孕症的经验

输卵管阻塞性不孕症是妇科常见病和疑难病之一，也是目前国内外中西医研究和注视的重要课题之一。

许润三教授在四十余年的临床实践中，对不孕症的治疗积累了丰富的经验，特别是对输卵管阻塞所致的不孕症治疗颇有建树，经多年临床实践探索，创制了"四逆散加味方"，临床总有效率达80%以上。我们对老师的这方面经验进行初步总结如下。

辨证依据

输卵管阻塞不通是现代医学对不孕症病因的一种诊断。祖国医学虽然对不孕症的治疗积累了丰富的经验，但由于受当时历史条件的限制，对于局部器官上的某些病变很少了解，因此，在历代中医文献中并没有论及到输卵管不通这一病名。但许老师认为祖国医学虽无输卵管阻塞不通的记载，但参照现代医学对输卵管阻塞的病理表现和临床体征的诊断，可以发现与祖国医学中的"瘀血病证"是极为相似的。因为现代医学所说谓的慢性炎症、粘连、梗阻、组织增生及包块等病，均属祖国医学的血瘀范畴。若瘀血阻滞于胞脉，则可造成胞脉闭阻，使两精不能相搏而致不孕症。因此，可以认为现代医学的输卵管阻塞即祖国医学的胞脉闭阻证。

辨证论治

一、"四逆散加味方"选析

胞脉位居小腹，为肝经所过之处。若肝气郁结，可使胞脉气血运行受阻，进而导致胞脉瘀滞不通。外感邪气亦是本病常见的病因之一，但外邪入侵，必须先影响到胞脉气血的运行方能为患。由此可知，气滞血瘀是胞脉发生梗阻的主要因素。故疏肝理气，化瘀通络是治疗输卵管阻塞性不孕症的重要大法。因此，在临床治疗上许老师采用"四逆散加味方"为主方治疗。"四逆散"原出自张仲景《伤寒论》少阴病篇。方由柴胡、枳实、芍药、甘草四味药组成。主治肝气郁结，气机不利，阳郁于里，不能达于四末所致的四肢厥冷等症。现用其其治疗输卵管不通，意在取柴胡疏肝解郁，宣透祛瘀；枳实破气散结，活血行滞；芍药凉血活血，与枳实同用，能使活血祛瘀之力增强；生甘草清热消肿，四药合用奏疏肝解郁、行气散结、活血疏滞之功。许老师结合其多年临床经验，对该方进行加味，以期增强活血通络之力。加丹参，以助赤芍血祛瘀，破结消癥。另外，丹参还可以通行血脉，益气养血，可防理气活血太过耗伤阴血，祛瘀而不伤正。加穿山甲，通络疏滞，散血消肿，专能行散，并可引诸药入血脉，达病所。再加路路通，以行气活血，协同穿山甲以疏通胞脉的闭阻。综观全方，选药精当，配伍严谨，疏肝理气以调达全身的气机；活血化瘀以消散胞脉瘀滞；其性走窜，引诸药直达病所；活血且养血以防阴血耗损。用药既注重调整全身功能，也注意消除局部病变，二者兼顾。

二、辨证分型

输卵管阻塞性不孕表现为全身的临床表现和输卵管局部的病理变化两方面，其局部病变因致

病因素的不同而有不同的表现。现代医学认为主要病因是炎性和结核性。许老师认为，无论是炎性阻塞，还是结核性阻塞或是输卵管的积水，三者引起的不孕症原因都是因为胞脉闭阻，但其程度和病变特点是有一定差别的。输卵管的炎性阻塞，主要是瘀血阻塞于胞脉，治疗上以理气活血通络为主。而结核性阻塞由于局部有钙化灶及瘢痕组织形成，表现为瘀阻胞脉的重症。治疗上除理气活血，还应软坚散结。输卵管积水的形成，多是由于瘀血内阻，影响了胞脉气机的疏通，津液的布散，积为水湿，潴留局部而形成输卵管积水，治疗上除理气活血通络，还应佐以行水利湿之品。所以，局部辨病，就是要辨清其病因，使治疗更有的放矢。在局部辨病的基础上，再结合患者的发病原因、全身症状以及舌象、脉象进行辨证。

1. 肝郁气滞证：证见经行不畅或月经后期，经前乳房及下腹胀痛，心情抑郁或烦躁易怒，平素时有两胁及少腹作胀。舌质紫暗或正常，脉弦或细弦。治疗以基本方重用枳实、赤芍至15g，或加香附10g。

2. 肝郁血瘀证：证见经行小腹痛甚，经色紫，有血块，块下后痛缓，平素时有少腹疼痛。舌质紫暗或有瘀斑，脉细弦或细涩。治疗以基本方酌加当归15～20g、䗪虫10g，或水蛭10g。

3. 肝郁肾虚证：证见月经先期或经期延长，头晕耳鸣，五心烦热，腰骶酸疼，舌质红或正常，脉沉细或细弦。偏肾阳虚者，基本方加鹿角霜10g、肉桂5g；偏肾阴虚者，加山萸肉10g、紫河车10g。

4. 肝郁痰湿证：证见月经错后，经量渐少，形体大多肥胖，面目浮肿，体倦头重，精神抑郁，性欲淡漠，白带有时多，舌苔白腻或黄腻，脉弦滑或细滑。以基本方加昆布10g、白芥子10g。

三、辨证用药特点

许老师对输卵管阻塞不通的用药特点是：辨证用药与辨病用药相结合。

1. 辨证用药：四逆散加味方是为输卵管阻塞性不孕症所立。在临床上，由于患者的致病因素、体质因素以及全身症状、体征的不同，经全身辨证后，则有肝郁、血瘀及痰湿互结的不同证型。因此，在采用"四逆散加味方"的基础上，应予随症加味。肝郁为主的，枳实加到15g，并加用香附10g或䗪虫10g。瘀湿互结为主者，加用生黄芪20g，利水活血，消除局部充血水肿。

2. 辨病用药：由于输卵管阻塞的程度、性质不尽相同，有针对性地加用适当的药物，往往可以提高疗效。附件增厚、压痛明显者：加用龙葵10g、蒲公英20g以清热解毒，活血散结；附件炎性包块：加用荔枝核10g行气散结、加昆布10g软坚散结；输卵管积水者：加用大戟3g，即能行胞脉水湿，对瘀湿互结所致的输卵管积水效果颇佳。虽大戟反甘草，但临床应用并未发现其不良反应；输卵管结核：加用夏枯草10g，以清热散结，加用蜈蚣3条，通络散结。因现代医学分析二药对结核杆菌均有抑制作用。

3. 辨兼证用药：

兼气血不足：见月经过少，色淡，全身乏力，舌淡者，加用党参20g、当归15g以补气养血；兼肾虚，如腰骶酸痛，畏寒肢冷者，加仙茅10g、仙灵脾10g、紫河车10g以温肾益精。

4. 其它：

输卵管阻塞性不孕的患者多以实证为主，在所有药中，多以行气活血，化瘀祛瘀为主，然攻伐之品较多，久用易耗伤其正气，间有少数病人出现纳谷不香、腹胀、便溏等脾气虚症状。故此，许老师在用一段时间活血化瘀、行气疏滞之剂后，常兼用一些补脾益气之品，即在基础方中去穿山甲、路路通，加黄芪20g、党参15g、白术10g，使"气行则血行"，达到气血流畅，瘀阻自通的作用。其另一目的在于保持脾胃功能的健全，有利于药物的运化吸收。

结合外治法

输卵管阻塞可因急慢性输卵管炎、盆腔结核、子宫内膜异位症等所引起。这些患者，多数伴有

少腹疼痛、肛门坠胀等症状。妇科检查时，可触及附件单侧或双侧有结节或条索状物或是片状增厚，并有触痛。此时，单纯只用内服药治疗，则疗效较慢，为加速疗效则应配用外治法。许老师认为，外治法可弥补内治所不及。盖“积聚日久，则正气另辟行径，不复与邪相争，或邪另结窠囊，不碍气血隧道之故，此为难治，以药不易到也”(《医碥》)，故前人强调“凡治积……必兼用膏药熨贴及艾灸乃除”(《医碥》)。临床上以行气活血、散结祛滞药为主，辅以气味俱厚，通经走络，开窍透骨，软化粘连组织之品，组成中药灌肠方：

赤芍 30g，丹参 15g，三棱 15g，莪术 15g，细辛 3g，皂刺 15g，桂枝 15g，当归 20g，生甘草 10g，透骨草 20g

中药外敷方：

红花 10g，乳香 10g，没药 10g，苏木 20g，丹参 15g，当归 10g，三棱 15g，莪术 15g，败酱草 15g，枳实 15g，赤芍 15g，黄柏 10g，桂枝 30g，柴胡 10g，透骨草 20g

通过病房多年的治疗观察，外治法确能使局部病灶变软、松动、粘连组织松解、水肿消失、加速病情好转。证明结合外治法确实可以补充内治法的不足。

病案举例

陈××，女，28 岁，工人。1992 年 1 月 10 日入院。

主诉：流产后近两年未孕。

现病史，患者于 90 年 10 月妊娠 40 多天，出现阴道少量出血，持续一个月后又突然大出血，后行清宫术。近两年未避孕亦未孕。91 年 12 月在××医院作输卵管通液术：双侧输卵管不通，今来我院进一步检查治疗。平素无明显不适。月经 13 岁初潮，28 天行一次，带经 4～5 天，量色均正常，痛经(一)；孕 1 产 0，末次月经 92 年 1 月 1 日。妇科检查：双附件轻度增厚，压痛(＋)。舌质偏暗，苔薄白，脉沉细。

入院后第二天又行输卵管通液复查：双侧输卵管不通且盆腔 B 超提示：输卵管积水。口服中药主为：柴胡 10g，枳实 15g，赤芍 15g，甘草 10g，丹参 30g，泽兰 10g，马鞭草 10g，王不留行 20g，水煎服，每日一剂。同时配用中药灌肠、中药外敷。连续治疗两个月后，于 1992 年 4 月 6 日作输卵通液检查：共注入液体 28 毫升，稍有阻力，但无回流，腹胀痛不厉害。盆腔 B 超提示：双侧输卵管轻度扩张，通而不畅。后又治疗两个月，经输卵管通液及 B 超检查：证实输卵管通畅。出院三个月后(即 7 月份)，患者因停经 50 多天，晨起恶心欲吐，来院检查，化验尿妊免阳性。孕三个多月时，作超声波检查，符合妊娠月份。

（李鸿芝　胡秀荣）

潘佛岩　治疗青春期“功血”危症经验

青春期功能性子宫出血(简称青春期功血)属祖国医学的崩漏范畴。临床表现为子宫大量出血,有如山崩堤决,来势十分凶险;漏则淋漓不止。青春期功血症大都发生在 11—18 岁的青少年女子,按中医理论,本病起因是先天肾气不充,冲任不固,导致成为崩漏。患者由于暴崩之后,气血大衰,严重影响到身心健康,甚至不能坚持正常的学习和生活,因此在妇科又属危重病症。潘佛岩主任医师,在数十年临床中,对治疗此病,积累了丰富的经验。现围绕一个典型案例,作一介绍。

王某,女,14 岁。初诊 89 年 10 月 7 日。患者今年 6 月 10 日初潮,经量偏多,色紫红有血块,持续 12 天后干净。7 月 10 第二次月经来潮,开始经量不多色红,一周以后经量突然增多如冲,血色鲜红挟有大血块。在当地医院住院治疗,先后用止血敏、止血环酸、安络血及肌肉注射苯甲酸雌二醇。血止后出院。出院第二天子宫又有少量出血,口服乙底酚每日一片,肌肉注射安络血、止血敏,并服中药 6 剂(药物不详)未能止血。7 月 30 日病情加重,子宫大量出血不止,再次住院治疗。用以上止血药及激素后无效,加用黄体酮肌肉注射,连续 5 天后血止。两天后于 8 月 9 日月经来潮,经量多如冲,经色鲜红挟有大血块。肌肉注射止血环酸,止血敏等药,血量不减,反而更多。出现暴崩,患者昏迷不省人事(出血性休克)。于 8 月 11 日输血 310ml,肌肉注射苯甲酸雌二醇后出血基本止住。因患者贫血严重于 14 日又输血 300ml。连续肌肉注射苯甲酸雌二醇 9 天(用量逐渐减少),8 月 22 日出院开始用西药人工周期治疗。9 月 7 日月经来潮,10 日经量增多,挟有大量血块,再次出现暴崩。晚上 9 点半钟急诊住院治疗,当即输血 340ml,肌肉注射止血环酸、乙底酚每天 2 支,血出反而更多。晚上 10 点又肌肉注射苯甲酸雌二醇,第二天再用西药人工周期治疗。因疗效不显故出院,慕名来求潘老师治疗。刻诊:面色㿠白,但两颧微红,精神萎靡,气短懒言、四肢乏力,心悸失眠、潮热盗汗、腰酸软、纳少,大便干结二天未解,小便平,舌质淡苔薄脉细数。测 BP:10/7kPa,化验血:Hb5g/l,RBC1. 9×10_{12}/L,BPC 80×10_9/L,BT1′40″CT2′50″。辨证为气阴两虚,气不摄血,阴虚内热迫血妄行,冲任不固所致。方选:生脉散合二至丸加味。处方:种洋参 12g,麦冬 10g,五味子 5g,旱莲草 12g,女贞子 12g,生黄芪 30g,阿胶珠 12g,白术 10g,生炒茜草各 12g,藕节炭 12g。5 剂。

10 月 11 日复诊。家长陪同前来自诉:服上药 3 剂止血量明显减少,服完 5 剂血止,精神较前好转,尚感手足心灼热,口干喜饮,纳可睡眠欠宁,舌质淡边略有齿痕,脉细微数。改用左归饮合二至丸加减,处方:生熟地各 12g,山萸肉 10g,山药 12g,茯苓 10g,枸杞 12g,炙草 5g,旱莲草 12g,女贞子 12g,阿胶 12g,黄芪 15g,种洋参 12g,龟胶 12g。

11 月 8 日三诊。患者自诉:上药服至 5 剂后月经于 10 月 15 日来潮,当时情绪十分紧张,深恐大量出血,故未停药共服 25 剂,结果这次经量不多(中等量),经色红挟有小血块,一周后干净。上症基本消失,精神好转,纳可寐安,大便正常,小便溲短,但无灼热感,舌质淡红,苔薄脉细,为巩固疗效,守上方去种洋参加制首乌 12g,菟丝子 12g。

12 月 14 日四诊。自诉:上药共服一月余。服至一周后月经于 11 月 16 日来潮,经量中等,经色紫红无血块,5 天后干净,余症均消失。纳可二便平,面色红嫩,舌质淡红苔薄,脉细。复查血:Hb11.

0g/L，RBC3.75×10^{12}/L，BPC 10.5×10^{9}/L，BP 15/10kPa。一年后随访，未复发。月经期，量、色，质均正常，已复学。

从患者求治到康复的过程中，我对潘老师的治疗方法有以下体会。

辨证精细　施治路宽

潘老师诊病，详于“四诊”。通过四诊查问病情，从而分辨寒热虚实，病在何脏何经。如子宫出血量多如冲，挟有大量大血块，出血时间长，化验血 Hb 5g/L，RBC 1.9×10^{12}/L。根据这些临床症状及检查依据，可以确认为血虚之证；但出血时挟有大量大血块，提示挟有血瘀；血色鲜红、潮热盗汗，手足心灼热，口干、两颧微红，腰酸软，脉细数等，均为阴虚内热之证。同时伴有头晕气短，懒言、四肢乏力，纳少，BP 10/7kPa 等，则为气虚之象。结合患者年龄仅 14 岁，初潮经量偏多，第二次来潮出现暴崩，正是素体肾气不足，封藏不固，冲任失摄，成为崩漏的。由于辨证明确，施治才能路宽，潘老师在“急则治其标，缓则图其本”这一总的治疗原则下。首先根据中医理论“暴崩”宜止及“治崩急需益气以摄血”的原则，选用生脉散加大剂量黄芪补气摄血，佐以二至丸养阴清热止血，阿胶珠，生炒茜草，藕节炭养血化瘀止血，在塞流之中寓有清凉作用。

审证求因　抓住本质

从本例来说，属于气阴两虚，元阴不足，虚火妄动，精血失守而致的崩漏症，由于暴崩之后气血大衰。气血是脏腑功能活动的物质基础，又是脏腑功能活动的必然产物。因此气血虚，必然影响到多脏功能失调。这些脏腑功能失调，都可产生崩漏。但本病与肝肾脾关系密切，主要在肾，因为月经受肾的精气所主，当肾中精气旺盛，月经才能正常。因此潘老师在整个治疗中始终抓住肾这个根本，以滋肾为主，选方合理，择药灵活。由于分清标本主次，抓住本质，因此收效甚捷。

重视内因　补肾固冲

崩漏发生的内因为冲任损伤，不能制约经血。《诸病源候论》说：“崩中之状是伤损冲任之脉，冲任之脉，皆起于胞内，为经络之海，劳伤过度，冲任气虚，不能制约经血”。本案青春期崩漏，潘老师在治疗时以滋肾为本，选用生脉散，二至丸，左归饮加味。暴崩之后气血大衰，为此潘老师十分重视调补气血。他认为疾病发生和发展，与机体的气血盛衰关系密切，崩漏一症，尤其这样。

同时崩漏之症，因于火盛者较多，临床常见虚火多于实火。如《傅青主女科》指出：“妇人有一时血崩，人莫不谓火盛动血也，然此火非实火，乃虚火耳。”本病案中症见血色鲜红并伴有潮热盗汗，手足心灼热，两颧微红，大便干结，脉细数等症均为阴虚内热之象。

选方合理　择药对症

本病案患者临床表现为一派阴虚内热肾精不足之症状，由于肾精不足，水亏则火旺，热伏冲任，扰动胞脉。加之脾气虚弱，冲任失养，统摄乏权，遂使胞宫失其正常之职。潘老师针对本病发病机理立法，除以二至丸、左归饮、生脉散为基本方剂外，重用补气药如黄芪用量达 30g，意在益气摄血。同时用生炒茜草，藕节炭凉血活血，收敛止血不留瘀之功效，这是潘老师择药配伍的特色，用以塞流。同时潘老针对病机先后加用生地取其凉血生血，以补肾水真阴之效；加阿胶取其补血止血养血之功；更以龟胶取其滋阴益肾而清虚热之力。这样寒中有清，清中有补，合理地将塞流、澄源、复旧三法合为一体。不仅控制了子宫出血，更重要的是调整了月经周期，恢复了排卵功能。

（朱可芳）

郑蕙芳　治疗崩漏遗方的经验

崩漏是指经血非时暴下不止，或淋漓漏下不尽的出血性疾病。郑蕙芳主任医师运用调肝汤加味治疗崩漏，取得显著效果，现总结如下。

一般资料，本组病例 50 例，年龄在 12—18 岁 14 例，22—24 岁 21 例，45—50 岁 15 例。病因分析：因学习过于紧张者 15 例，因情志不畅者 35 例。

治疗方法：

基本方：炒山药 30g，阿胶 11g，土炒白芍 30g，炒当归 9g，巴戟天 9g，山茱萸 12g，旱莲草 30g，女贞子 30g，坤草 30g，甘草 9g。

药物加减：青春期患者若阴虚病状较明显者，加重旱莲草剂量；若阴虚及阳，阴阳双虚者，加制附子，鹿角胶。生育期患者，兼见心烦易怒，小腹坠胀，腰痛，血色暗黑有块，加血余炭、三七粉。更年期患者，兼见血色初鲜红或暗红有块，后色淡或暗，量多，质稀有块，倦怠乏力，腰膝酸软，加党参、五味子、覆盆子。

服药方法：本组 50 例病人均服基本方加减，每日一剂，水煎二遍，混均早晚分服。崩漏症一般服药 4—6 剂后，经血即可止住，然后再服药 7 剂，如此调理 1—2 个月经周期，巩固其疗效。

疗效标准：经血止住后，经过调理月经周期，连续 3 个月月经转为正常者为治愈；月经恢复正常，但停药后又出现反复，经用药经血又止住者为显效；服药后症状无明显好转，仍然下血者为无效。

治疗效果：本组 50 例中，90%病人平均服药 4 剂流血即可止住。治愈 40 例，显效 6 例，无效 4 例，总有效率为 92%。

典型病例

例 1：李某，17 岁，学生，1990 年 1 月 10 日初诊。14 岁月经初潮，周期正常。一年后出现月经失调。周期 10—20 天，经期持续 7—10 天。本次月经周期 10 天，来潮后淋漓不断月余，经色鲜红，质粘稠，有小血块，伴有心烦口渴，腰酸心慌，大便干，舌红少苔，脉细数。肛诊：子宫平位，细长；附件：双侧未触及异常。查血 FSH2 次，其值分别为 10mIU/mL 和 20mIU/L。查血 LH2 次，其值分别为 15mIU/mL 和 25mIU/mL。证属肾阴虚，冲任不固。治则：补肾养肝，固冲宁血。用基本方，加重旱莲草之剂量，以加强甘寒滋阴，益肾止血之力。服上方 4 剂经血止住，唯感心烦，基本方去益母草，加甘寒滋阴之地骨皮，又服上方 7 剂，月经周期中间测血 LH60mIU/mL，测 BBT 为双相 3 个月后追访，月经正常。

例 2：王某，39 岁，干部，已婚，1990 年 1 月 5 日初诊。近一年来，月经量多，经期延长，周期 25 天，经期持续 7—10 天。经色暗红，有血块。本次月经持续 20 日未净，行而不畅，色暗红，质粘稠有块，伴心烦易怒，腰酸气短，善叹息，两少腹胀痛，精神焦虑不安，周身不适难以名状，面色黄，平时善愁多虑，惊恐不安，舌暗，边尖有瘀点，脉弦细。妇科检查：外阴、阴道有暗红色血，宫颈肥大，光滑，宫体后位，如 40 天妊娠大小，表面光滑，质中，活动欠佳，附件：右侧增厚，触痛明显，左侧可触及索条

状物，轻度压痛。B超诊断：子宫肥大、双侧附件炎。刮宫后病理诊断：子宫内膜不规则脱落（片中见有分泌活跃和脱化腺体，也有不规则增生腺体）。证属肝血不足，肾精亏损，冲任不固。治则：调养肝肾，化瘀补阴，固冲止崩，服用基本方加血余炭、三七粉，3剂后流血停止，诸症减轻。用基本方去益母草，加鹿角胶，继续调理月经2个周期。随访3个月，测BBT呈双相，黄体期12天。月经恢复正常。

例3：董某，44岁，干部，已婚，1991年1月2日就诊。既往月经正常，本次月经持续月余，至今未净，量多，色初鲜红，质粘，现淡红，质中，伴倦怠乏力，心烦腰酸，嗜睡，多梦，二便调，苔根厚，淡黄，脉虚细。妇科检查：子宫及附件均正常。刮宫病理诊断子宫内膜增生过长。证属脾肾双虚，统血无权冲任不固。治则：补肾健脾，固冲摄血。用基本方如党参、五味子、覆盆子。服药5剂流血停止，伴随症状消失。上方去益母草继续服药，以调理月经周期。随访3个月，月经恢复正常。

体会：

郑蕙芳主任医师认为治疗崩漏的关键方法是：固冲摄血要以补肝肾为先。因经本于肾，肝肾同源。若肾阴不足，则水不涵木，以致肝阴不足，肝阳偏亢，导致肝不藏血；肾阴不足，水不济火，心火亢盛，则血热妄行；肾阴不足阴损及阳，又可使肾阳不足，火不暖土，致使脾不统血，以上皆可导致经血不宁，崩漏为患。若崩漏日久，或失治误治，将进一步耗竭阴精从而危及生命。《灵枢·本神》曰："五脏藏精者也，不可伤，伤则失守而阴虚，阴虚则无气，无气则死矣。"根据以上认识，郑老师在临床上多用调肝汤加味治疗崩漏。因其方药组成顺应其病机，故临床效果令人满意。调肝汤原为傅山为经后少腹痛而设，其病理特点为："肾水不足，水不涵木，木克脾土，……。"其作用特点乃《傅青主女科》所述："益之以补肾之味，则血足而肝气益安。"临床运用调肝汤加味，郑老师认为方中炒当归、土炒白芍、阿胶、炒山药补肾水抑制君相之火，平沸溢不安之血，后三味药甘平酸寒收敛而味厚，其性属阴，药量宜重；炒当归甘辛温而味薄，其性属于阳，药量宜轻。临床切忌阴阳厚薄不分，反致温燥耗血动血，助其阳热之势。山茱萸、巴戟天既可补肝肾之阴，又可温肾中之阳，以防闭藏失职，固摄无权，充分体现阴阳互为表里，形气互为生成的妙道至理。甘草补脾而摄血，现代药理研究，甘草能增加毛细血管的抵抗力，增加血小板，使出凝血时间正常，并有增加黄素化的作用，可使子宫内膜呈分泌期改变，达到止血目的。旱莲草、女贞子甘酸化阴，加强本方滋水涵木，固冲任的功能，以达水足而血静的目的。益母草功专入血，行瘀血、生新血，瘀去新安而血自归经，现代药理研究，益母草有增强子宫收缩的作用，当归其水溶性、非挥发性成份，能兴奋子宫，使收缩加强，从而达到止血的目的。

从治疗崩漏化验前后的结果看，运用调补肝肾法，取调肝汤加味，能使黄体生成素（LH）在月经中期出现峰值，引发排卵；从崩漏刮宫病理诊断：子宫内膜不规则脱落，或子宫内膜增生过长，服药后血止的结果看，调肝汤可能类孕激素，使子宫内膜发生分泌期变化，而能完全剥脱，有类药物刮宫之用。

除从确立治疗方法入手，对郑老师治疗崩漏的经验进行临床观察实验研究外，对组方、定量时的用药五要素不可忽视：

1：选方用药要注意气之阴阳，味之厚薄。张景岳《大宝论》曰："命之所系，惟阴与阳"，《素问·生气通天论》曰："阴平阳秘，精神乃治；阴阳离决，经气乃绝。"生理如此，用药医理亦如此。张景岳曰："善补阴者，必于阳中求阴，阴得阳升，则泉源不竭；善补阳者，必于阴中求阳，阳得阴助则生化无穷。"方中土炒白芍、阿胶、炒山药配炒当归、山茱萸、巴戟天，这种寒温组合，剂量轻重有别的用药法度，体现了药物从阴引阳，从阳引阴，味厚而重用，体现了药物从阴引阳，从阳引阴，味厚而重用，味薄量宜轻，阴阳厚薄互相引用的特点，是用药之真谛，阴阳之至理。

2、止崩涩漏宜通补兼用，补中有行，静中投动，动静结合。叶天氏《临证指南医案》曰："通补则

宜，守补则谬。”守补则壅补、蛮补，壅补则有碍于气畅血行，致离经之血不循常道，肆意妄行。方中益母草活血化瘀，寓通于补中，使补而不滞，实是补中有通，静中投动，动静结合之举。

3、治疗崩漏，应固冲任之本，必要时勿忘用收涩之品。经本于肾，受调于肝，统摄于脾，上述方药滋肾水，养肝血，补脾土，使封藏有权，调血有度，冲任自固，崩漏自愈。若崩漏病久不愈，或滑脱不禁之势，要加用收涩之品。如五味子、覆盆子、莲子肉、龙骨、牡蛎、乌贼骨等。此类药物能固护正气，摄纳阴血，安五脏，益心神，有涩血养益之功，无留邪伤正之弊。

4、调理月经周期，要益养于肾，用药宜凉则凉，宜温则温。经本于肾，肾为水火之宅，五脏之阴非此不能滋，五脏之阳非此不能发。张景岳《真阴论》曰：“命门之火，谓之元气，命门之水，谓之元精，五脏精充，则形体赖以强壮，五气治则营卫赖以和调，此命门之水火，即十二脏之化源，故心赖之则君主以明，肺赖之则治节以行，脾赖之以济仓廪之实，肝胆赖之以资谋虑之本，膀胱赖之则三焦气化。大小肠赖之则传导自分……。”对于女性，肾中阴阴和，五脏气盛精充，任通充盛，则经调而子嗣。因此调肝要益肾，但药性之寒凉宜酌。临床上，对于月经先期而至之崩漏，血止后，除益肾以调理月经周期外，应配甘凉补阴之地骨皮等，不宜用丹皮之类药物，因其有辛寒攻伐之性，用之有伤阴耗液之弊；对于月经后期而至之崩漏，血止后，除益肾之外，应配用甘温补血调经之鹿角胶、鹿角霜、菟丝子、仙灵脾、肉桂等，慎用补骨脂、仙茅，因其辛温大热，有燥散伤阴之弊。

5、治崩漏用药必须三兼顾：青春期宜补肾，以益护水火之宅，而安血之室；生育期要调血化瘀柔肝，以宁血之海；更年期要健脾益中气，以顾护后天，而壮养先天。

（李凤兰）

丁启后　久不孕，必治瘀

丁启后教授从医五十年余，尤长于妇科。他认为："久不孕，必有瘀。"现将丁老师治疗不孕症常用"四法"及验案介绍如下。

行气活血法

本法适用于气机不畅，气血瘀阻胞脉的不孕。多为素体肝郁或怒气伤肝者。因气滞而血瘀，气血瘀滞胞脉，冲任不能相资，两精不得结合致不孕。症见久不孕，经行涩滞量少，色黯有块，下腹胀痛或绞痛拒按，乳房胀痛，精神抑郁，烦躁易怒，舌暗红或有瘀点，苔薄白或薄黄，脉细弦。宜行气解郁，活血化瘀。如气滞偏重，选柴胡疏肝散、开郁种玉汤等加丹参、刘寄奴、郁金、延胡；如血瘀偏重选少腹逐瘀汤去干姜、肉桂加丹参、桃仁、红花；化热加山栀、丹皮、黄芩；乳胀有块加青皮、路路通、王不留行。

案例：彭××，女，29岁。因婚后3年不孕于91年11日初诊。

述婚后3年，配偶正常，未避孕而不孕。月经准月来潮，量不多，5天净，色黯有块，经行下腹疼痛拒按，经畅块下痛减，口干苦。在某西医院查"催乳素偏高"。服中药常间断。就诊时情绪悲观，胸闷乳胀，面部黄褐斑显，舌暗红有瘀点，苔薄黄，脉细弦。

观其脉证属肝郁血瘀之不孕。拟行气解郁，活血祛瘀法治。因瘀滞重，少腹逐瘀汤加减。

处方：当归10g，赤芍12g，丹皮9g，山栀9g，桃仁12g，红花12g，川芎9g，郁金12g，生蒲黄12g，五灵脂12g，延胡12g，小茴香9g。

上方二日一剂，坚持服用半年（每次就诊上方只略变更），经来腹痛已不明显，舌无瘀点，黄褐斑变淡。宗上法改服开郁种玉汤加丹参、月季花、鸡血藤、山萸肉、菟丝子又用三月。于92年9月10日来复诊：已停经45天，在省医诊为"早孕"。

化痰活血法

此法适用于痰湿素重，痰瘀阻胞的不孕。多为禀受甚厚，姿于酒食或脾虚不运痰湿壅滞者。因痰湿壅滞，气机不畅，瘀血内生，痰瘀阻胞不能摄精成孕。症见形体肥胖久不受孕，经色淡黯而质稠，量少后期或闭而不行，胸闷泛恶，带下绵绵，舌胖暗有齿印苔白腻，脉滑。治宜燥湿化痰，行气祛瘀。可选启宫丸、苍附导痰汤加益母草、月季花、丹参、刘寄奴、鸡血藤、香橼皮；如气虚者加白术、党参。

案例：张××，女，29岁，因婚后6年不孕，于85年6月15日初诊。

述婚后6年未孕，配偶生殖机能正常。自幼体胖，月经不规律，常停闭三月至半年不来，量少色暗挟小血块，3天干净，小腹胀痛，带下量多。曾在某医院诊为"多囊卵巢综合征"，作双侧卵巢楔形切除，术后月经仍不规则，仍不孕。就诊时见其肥白，情绪忧郁。述胸闷乳胀，口内咸腻。舌胖暗苔腻，脉细滑。辨为痰阻血瘀之不孕，拟燥湿化痰，活血调经法治，选苍附导痰汤出入。

处方：苍术12g，香附12g，胆星12g，茯苓12g，陈皮10g，川芎12g，丹参12g，乌药9g，法夏9g，

炒白术 12g，益母草 15g，红花 9g，月季花 12g

上方服半年后月经两至三月一次，色渐变红。宗上法，原方去红花加仙茅、淫洋藿，共服 15 月受孕。(此案据丁老师记录整理)。

温经活血法

此法适用于胞宫寒冷，寒瘀阻胞的不孕。多为肾阳虚亏，阴寒内盛，寒凝血瘀滞于胞脉或值经行产后外感风寒，寒客胞中，寒瘀互结阻于胞脉而不孕者。若为虚寒证见婚久不孕，初潮较迟，月经延后或稀发，经色淡黯质清稀可挟小血块，性欲淡漠，面色晦黯，腰膝酸软，小便清长，大便不实，舌淡暗而润苔白，脉沉细无力。宜温肾散寒，活血祛瘀。可选毓麟珠、右归丸加鸡血藤、丹参、泽兰、乌药、怀牛膝；阳虚重加巴戟、淫羊藿、仙茅。若为实寒证见经量偏少，色黯有块，少腹冷痛或阴冷，脉沉紧，苔白舌紫暗 。宜温经散寒，活血祛瘀。可选艾附暖宫丸、温经汤加泽兰、红花、生蒲黄、五灵脂、延胡。

案例：张××，女，28 岁，因婚后 2 年不孕，于 89 年 4 月 8 日初诊。

述婚后 2 年不孕，曾在某医院诊为“黄体功能不良”，给黄体酮治疗无效。月经提前，量中色淡暗质稀，有小血块，经来时延迟 8 天到 10 天干净，带下量多，经前乳胀，常感小腹冷隐作痛，腰酸腿软。基础体温双相反应不典型。舌淡暗苔白，脉细无力。辨为肾阳虚亏，肝郁血瘀之不孕。拟温补肾阳，化瘀行气法治疗，方选毓麟珠加减。

处方：熟地 12g，当归 12g，川芎 9g，仙茅 12g，香附 12g，巴戟 12g，乌药 9g，泽兰 12g，山萸肉 12g，淫羊藿 12g，鸡血藤 12g，菟丝子 15g，白芍 12g，益母草 12g。

每两日一剂，服者三月后基础体温正常。共服半年受孕，后生一男孩。(据丁老记录整理)。

育阴活血法

本法适用于肝肾阴虚，精血不足的不孕。多见于素体阴亏或久病大病伤及肝肾者。因阴血不足，热从内生，血热互结成瘀，瘀热阻滞胞脉而致不孕。症见久不孕，经少色红或有小血块，带下不多，经前乳胀，心烦失眠，午后潮热，口干咽燥，舌红或暗红少苔，脉细数。治宜养阴清热，活血化瘀。方常选养精种玉汤、左归饮，加丹参、鸡血藤、刘寄奴、怀牛膝。

案例：李××、女、27 岁。因人流术后两年多不孕，于 92 年 4 月 10 日初诊。

述两年前行人流手术后，至今未孕。曾在省医院诊为“慢性盆腔炎”，输卵管通液试验报告：“输卵管通畅欠佳。”曾肌注胎盘组织液，口服金鸡片。月经如期来潮，量少色暗红，经期小腹胀痛。平素心烦，手心潮热，夜睡多梦，舌暗红少苔，脉细。辨证属肝肾阴虚，瘀热阻胞之不孕，用养阴清热，活血化瘀，调补冲任法治。选傅青主的养精种玉汤加味。

处方：熟地 12g，山萸肉 12g，白芍 12g，当归 12g，阿胶 12g，女贞子 12g，旱莲草 12g，丹参 12g，鸡血藤 12g，路路通 12g，香附 12g，丹皮 9g，皂角刺 6g。

上方坚持服 78 天，到省医院通液检查报告，输卵管通畅。92 年 8 月 30 日来述已停经 40 多天，查尿妊娠试验阳性，诊为“早孕。

讨论与体会

1、关于不孕及不孕的病因病机

不孕是指女子婚后二年以上，有正常性生活，配偶生殖功能正常，未避孕而不孕者，或曾孕育又间隔二年以上未再孕者。前者称“原发性不孕”，中医称“无子”、“全不产”。后者称“继发性不孕”，中

医称"断绪",古人谓之"五不女"。属先天性生理缺陷,非药物能奏效,故不属此文讨论范围。

不孕的病因病机,历代医家论述颇多,古医籍记载内容丰富。如《诸病源候论》曰:"子脏冷,无子者,由将摄失宜,饮食不节,乘风取冷,或劳伤过度,致风冷之气,乘其经血,结于子脏,子脏则冷,故无子。"《校注妇人良方·求嗣门》记有:"窍谓妇人之不孕,亦有因六淫七情之邪,有伤冲任,或宿积淹留,传遗脏腑,或子宫虚寒,或气旺血衰,或血中伏热,又有脾胃虚损,不能营养冲任。"《医宗金鉴·妇科心法要诀》记载:"女子不孕之故,由伤其冲任也。……或因宿血积于胞中,新血不能成孕,或因胞寒胞热,不能摄精成孕,或因体盛痰多,脂膜壅滞胞中而不孕,皆当细审其因,按证调治,自能有子也。"归纳之,不外乎从气郁血瘀、或从痰湿内阻、或从胞宫寒冷、或从气血不足、或从胞脉蕴热而论治。除气郁、宫寒多用活血祛瘀外,其余均少用或不用活血药。丁老师强调:不能单纯从寒、从热、从虚、从实治不孕,必须重视活血祛瘀"瘀去血畅,孕育可望",实属经验所谈。思其不孕治瘀的依据主要有两点:

(1)"瘀"为不孕的必然病理产物。因不孕者均有病史长,患病久,久治不愈,郁郁寡欢的特点。中医认为:久郁致瘀,久痰致瘀,久寒致瘀,久虚致瘀,久热致瘀。所致之瘀又影响脏腑气血的运行,加重胞脉瘀阻,不能摄精成孕。所以说,"瘀"为不孕的必然产物,也是不孕的重要病理基础。故丁老师曰:"久不孕,必有瘀。"

(2)"瘀"为不孕临床表现的重要特征。不孕者情绪多见:郁、怒、悲、忧、思;月经多为:少、闭、痛、黯、块;其它症多现:痞、满、闷、胀、痛。其临床特征可用"瘀、滞、堵、塞、结"五字而概之。《内经》有:"结者散之"、"留者攻之";丁老曰:"久不孕,必治瘀。"

2、用药特点:

纵观前述病案及个人体会,不孕治瘀。丁老师喜用:鸡血藤、益母草、丹参、当归、川芎、郁金、延胡、怀牛膝、月季花、赤芍、红花等。其中又以鸡血藤、丹参、益母草、怀牛膝、当归、川芎倍受亲睐。鸡血藤补血行血,活血调经;丹参活血祛瘀,养血凉血;怀牛膝活血通经,补益肝肾;益母草活血调经,利水消肿;川芎活血行气,祛瘀止痛;当归活血养血。从中不难悟出丁老师不孕治瘀的用药特点是:作用平和,照顾气血;一药多功,祛补皆宜;忌用大辛大热,大苦大寒,免伤正气,不耗生机。

"不孕治瘀"确为丁老师治不孕的经验所谈。以上已从中医理论角度初探了"不孕治瘀"的合理性、可行性以及用药规律。随着现代医学科学的发展,临床要求:治疗不孕的关键在于诊断明确。这就需要我们在今后临床中除了注意服中药疗效的观察,还应重视运用现代科学技术手段取得客观的依据指导临床。这样既有利于中医辨病论治与西医辨病治疗相结合,提高不孕的治愈率;也有利于对"不孕治瘀"的临床价值作出客观而科学的评价。

(丁丽仙)

冯发祥　　不孕治验二则

冯老师为我院中医主任医师，行医四十载，经验丰富，善治妇科诸病。随师习医多年深受教益，今将老师"不孕"治验加以介绍。

例1 洪某某，女，30岁，工人，初诊1988年2月1日。患者结婚四年未孕，1987年3月妇检为："双侧卵巢巧克力囊肿"，曾中西医多方治疗，效果甚微，不得已于87年11月行双侧卵巢巧克力囊肿切除均保留双侧皮质约四分之一，左侧输卵管通畅欠佳，右侧良好，术后仍未怀孕，焦急万分。今前来求治，自诉经行量偏少，小腹作胀，头昏乏力，腰痛，苔薄白，脉细，证属肝血不足，冲任失养。治以养血调理冲任之法。方如柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、生草、香附、益母草、茺蔚子、路路通、蒲公英，五剂。复诊，服上方数剂，1988年4月月经未行，4月21日到武医一院作妊娠免疫试验阳性，后生育一健康男孩。

按：古人曰："女子以血为用，以肝为先天。"肝为藏血之脏、主疏泄，喜条达，上升为风为火，下行为郁为气，肝与冲任两脉相连，对月经和孕育有着极大的作用，故本案调经以治肝为先，方取逍遥散加益母草、茺蔚子、路路通、香附、蒲公英共同调整肌体内在的环境，以治其本，达到受孕之目的。

例2 卓某某，女，27岁，干部，初诊1990年12月10日。患者结婚三年余未孕，1990年11月，在我院及武医一院作妇检："右侧附件区可触及一囊性包块，左侧附件增厚。"自诉经行量少，色黑有块，经前少腹胀痛，头昏，食少，平素性情郁闷，苔薄白，脉细。证属肝郁气滞，血行不畅，冲任受阻。治用养血疏肝理气调理冲任法。方如柴胡、当归、白芍、茯苓、白术、生草、海蛸、茜草、香附、路路通、茺蔚子、蒲公英、玄胡，五剂。1991年3月27日复诊诉以服药20剂，本月月经来潮已四日，经量增有少许瘀血块。头昏、食少、腹痛除、苔薄白、脉细，属肝血不足，冲任失养，治用养血调经法。拟方如当归、白术、生地、阿胶、益母草、生草、川芎、茯苓，五剂。1991年4月5日复诊，自诉经净后乏力，嗜卧，苔薄，脉细，仍用前法，养血固正，拟方：当归、川芎、白芍、生地、茯苓、阿胶、益母草、生草，五剂，并嘱此方可续服，患者服药15剂后本月月经未行，1991年5月查妊娠免疫试验阳性，后得一男孩。

按：患者患卵巢囊肿，属中医"肠蕈"范畴，加之平素情志郁闷，月经前夕腹胀痛，经行量少，是由于肝郁气滞，气血不和，冲任受阻而不孕。朱丹溪曰："求子之道，莫如调经。"故初期治疗取方"逍遥散"，养血疏肝理气调经合海蛸、茜草，二药开通之品及益母草、茺蔚子、路路通活血行瘀通经，气滞得以通畅。后期而以养血固正为法，用四物汤补养气血，阿胶育阴，益母草通经，生草调和诸药，使气血充足，精血下注，以收全功。

例3：杨某某，女，18岁，护士，初诊1991年4月4日，患者结婚三年之久，90年11月妇检为："子宫稍小，活动，附件(一)"，今慕名前来求治，自诉月经2至3月行一次，月经将至前半月胸胁、乳房作胀疼痛，少腹胀痛，苔薄，脉细，证属肝血不足，气滞不通，冲任失养。治用：养血疏肝，理气调经。拟柴胡、当归、白芍、白术、香附、茺蔚子、益母草、路路通、丹参、蒲公英、玫瑰花。二诊(4月24日)服药15剂，近日乳胀，少腹胀又作，苔薄白脉细，治法同前，上方加川楝子、玄胡，五剂。三诊(4月29日)服药后乳房作胀及少腹疼痛除，苔薄微黄，脉细，守上方五剂。四诊(5月4日)月经延期四日未

行，苔薄，脉细数。5月8日查妊娠免疫试验阳性，武汉市二医院作“B”超检查子宫，子宫增大，告知已怀孕，92年元月顺产一男孩。

按：不孕与月经不调关系颇密，特别是经前乳胀者多有不孕，考：经前乳胀，少腹疼痛。诸证与足厥阴肝经循行极为有关，肝之经脉外循两胁连乳房，下行少腹阴器……故厥气失于疏达，气滞不通则胸胁乳房，少腹胀痛，故本案投用逍遥散疏肝理气养血健脾，使肝木条达，气血充足，加香附，路路通，蒲公英，玫瑰花，通经之品，服药20余剂，效果显著。

（聂国兰）

刘云鹏　　妇科血证纠误病案举隅

吾师刘云鹏先生，业医60余载，精研妇科，临床每获佳效。先生治病一贯强调"治病求本，审因论治"的原则。治疗妇科血证立方遣药以补虚，清热，化瘀，止血等为常法，至于如何权衡补与通，清与涩之治，则依据患者的主要症状，结合年龄，体质，婚否，既往史，及疾病的转归进行综合分析，探索虚中夹实，实中夹虚的情况，脏腑受损的程度，掌握妇科疾病发展的规律，随时观察疾病本质性的变化，进行脉证从舍而灵活施治，而不被疾病的表面现象所迷惑。每每纠误病案，举例如下：

瘀血经漏缘上涩，须知祛瘀可生新。

例1　陈某某，女，21岁，营业员。患者13岁月经初潮，经行腹痛8年，周期为4—7/26—30天，经量多，色暗红，有血块，未予治疗，现经行腹痛逐渐加剧，痛时四肢不温，喜按，来我院门诊，妇检：触之左侧附件增粗，压痛明显，以"痛经"收住院。

入院时值经期第三天，量不多，色暗红，有小块，腹痛略轻，舌红，苔薄黄，脉弦，面色少华，血色素7g。前医处以和血止血法，方用黑蒲黄散化裁，即地黄炭15g，炒白芍15g，川芎6g，蒲黄炭9g，血余炭9g，地榆炭9g，贯仲炭15g。五剂煎服。二诊血未止，继进四逆散合金铃子散加败酱草，红藤等先后八剂。经净四天后阴道又见少许出血，色暗，头昏，舌质红，苔由薄转黄，再改投养阴清热止血法，方用清经散(傅青主)加黄芩9g，地榆炭15g，棕炭9g，地黄炭9g，又五剂煎服。药后阴道仍少许出血，色暗红，小腹显疼痛，腰痛，纳差，舌脉如上，守黑蒲黄散加减再进四剂，仍罔效。

邀吾师诊之，询知阴道出血已25天，以血色暗，按之小腹疼痛，腰痛，面色不华，舌红、苔黄，脉弦，追问既往经行腹痛，近渐加重，现婚后三月未孕。平素易躁。曰：此乃瘀血内阻，郁久化热之象，宜活血化瘀，佐清热法，方用生化汤加味。即：当归24g，川芎6g，桃仁9g，甘草6g，炮姜6g，加香附12g，益母草15g，蒲黄9g，五灵脂15g，炒栀子9g，丹皮9g，三剂煎服。药后阴道出血增多，色红，夹血块，小腹仍痛，就诊时出血减少，伴腰痛，口渴，倦怠乏力，舌淡暗，边有齿痕，苔黄，脉弦软，此时已近第二个周期，曰：瘀血渐去，热邪渐泄，结合经来的特点，继拟活血化瘀调经，佐以益气，以根治其瘀，守前方去栀子，丹皮，香附，加牛膝9g，芍药9g，党参15g，再服三剂，药后阴道出血极少，腹略痛，再服黑蒲黄散三剂，一剂血即止。继以四逆散加味调理肝脾，清解余邪善后，月经复常，经行腹痛消失，妇检未见明显异常，血色素升到9g。

辨析：本例是瘀血阻络的痛经，误治成漏的患者。日久瘀积故疼痛逐渐加重，血液不能循经运行故经量反多，阳气郁遏于里，不能达于四末，故四肢不温。治法应于经行之际，因势利导，药宜活血化瘀通络，使瘀尽去，不致留滞胞中，"通则不痛"，则痛经自缓。

先医对患者痛经之主证未能重视，误为月经已行三天，量已减少，而且平素量多，又有面色不华的贫血现象，而用止涩药，忽略了瘀血腹痛的根源，却为虚象迷惑，应通反涩，遂衍成经漏不止的证候。及服五剂黑蒲黄散不效，后仿《伤寒论》治热厥腹痛法，处以四逆散加活血清热药力不足，不能直去其症结，故血止四天而复漏血，此时正宜乘时活血逐瘀，达到止血的目的，乃误为血热妄行，以养

阴清热之清经散为治，实属养痈遗患。见其出血不止，仍以黑蒲散止血，当然无效。吾师诊治，见其出血色暗，小腹痛，易烦躁，舌红，苔黄，认定瘀血痛经是主证，经漏缘于过早止血，瘀久化热，虽有久病体弱的虚象，毕竟是实中夹虚。祛邪即所以扶正，祛瘀即所以生新，故取“通因通用”之法，更用活血祛瘀，佐以清热，用生化汤合失笑散加丹栀等味，服后果然血量增多，瘀血已行，血能归经，血量旋即减少，热邪亦得清解。二诊本除邪务尽之旨，用生化汤加参，以益气扶正，且助逐瘀药力。三诊只见少许经血未净，即用黑蒲黄散以和血止血，一服而血止。善后以四逆散加味调理肝脾，清解余邪而愈。

漏下日久宜清通，注意实中常有虚。

例2　李某某，女，35岁，工人，阴道下血64天未净，曾诊刮示“子宫内膜增殖症”，术后阴道一直少量出血，色暗，小腹不适，服西药丙酸睾丸酮，止血敏等药效不彰，改请中医服黑蒲黄散，调补肝肾方，四物汤加味，血仍未止，继来我院门诊。妇检发现附件左上方可触鸡蛋大的包块，界线不清，B超示“盆腔混合性包块”为4.4×5.2cm大小。求吾师诊治，见阴道出血色暗红，量少，左少腹按之痛，伴头昏，乏力，口干喜饮，胸乳胀痛，大便干结，舌红，苔黄，脉沉弦软，曰：证属肝郁化热，瘀血内阻所致，先拟疏肝清热，调理脾肾法，方用丹栀逍遥散加郁金9g，香附12g，太子参18g，炒贯众30g，五剂煎服。药后阴道仍少量出血，色暗红，其它症状均减，左少腹仍按痛，曰：此乃肝气得舒，热邪渐清，瘀血未化之象，再以活血逐瘀药为治。方用生化汤加味：当归24g，桃仁9g，川芎9g，甘草6g，炮姜3g，益母草15g，牛膝9g，乌药9g，三棱9g，莪术9g，鸡内金12g，红藤30g，三剂。药后阴道出血止，惟腰痛，左少腹重按略痛。头昏，乏力，舌淡红，苔黄，脉弦。继拟疏肝理脾，化瘀清热法，方用逍遥散加味：柴胡9g，当归9g，赤白芍15g，白术9g，茯苓9g，甘草3g，郁金9g，香附12g，莪术9g，三菱9g，水蛭6g，鸡内金12g，红藤30g，败酱草30g，五剂煎服。加服水蛭内金片10片（本院自制）日二次。药后自觉症状消失，一般情况好，少腹按痛减，守上方出入共调治2个周期，经期继用生化汤加味，月经复常，妇检、B超附件包块消失。

辨析：本例是因漏下误治以致瘀血积聚的癥块。经西医诊刮止血无效。求治中医，见出血日久，先用止涩无效；后从久病及肾，冲任不固着手，用调补肝肾法，又无效后，以加味四物汤和血养血，心中茫然矣。临床妇女阴道不规律的出血，统称崩漏，吾师常谓：虽然漏可转为崩，崩可成为漏，毕竟崩自为崩，漏自为漏，其病因和治疗亦有区别，缘漏下多由肝郁血瘀而成，或瘀而化热，或夹杂湿热，或瘀久成癥。本例就是这样形成和发展的，前人谓“久漏宜清通”确属治漏经验，若兼见癥块，则又宜“消之散之”，也是常规常法，然临床时又须辨证地分析其先后缓急，有步骤地治疗，如本例在初诊时见其头昏喜饮，胸乳胀痛，此肝气横逆，肝郁化火之象，尚不能迳治其漏与症，而应疏肝清热，调理脾胃，既是“澄源”也是治癥漏的前奏。果然五剂而诸证均减，继进活血祛瘀并用攻坚药，以生化汤加味，三剂而漏止。只余癥块，腹痛未除，后期着重疏肝理脾，活血消癥，按法随证出入加减，历时二月而癥块消失。

经漏体虚应补塞，要抓主要矛盾。

例3　詹某某，女，21岁，未婚，会计。患者既往月经正常，近半年来月经常推迟七天而至。此次月经来潮20天未净，量少，色暗红，无块，腰酸，腹不痛，食一般，二便可，舌红，苔薄脉沉弦。先医拟清热凉血养阴法治之，方用清经散（傅青主）加玄参9g，阿胶9g，麦冬9g，三剂煎服。复诊时病情未转机，阴道仍出血，量少，劳累后经量增加，如行经量。腰酸，舌淡红，苔薄黄，脉软，疑为少女肝肾不足，冲任不固所致，遂予调补肝肾方加减：即熟地15g，山萸肉15g，白芍15g，枸杞30g，菟丝子15g，

地黄炭15g，血余炭9g，棕炭9g，五剂煎服。三诊服上方后阴道出血增多，色红，无块，小腹胀，口干喜饮，纳食差，舌淡红，苔薄黄，脉软。面色萎黄，病反增重。

邀吾师诊之，师进一步询问病史，虽未婚但有性生活史，并于19岁人流一次，在常规消毒下妇检无异常，追其病因，是近半年来与朋友情感不和，病前已解除关系。情志忧郁，饮食不香。此乃忧思伤脾，日久脾气虚弱，化源不足，气虚阴伤使然。宜健脾坚阴固冲法，方用自拟的健脾固冲汤加味：黄芩9g，白芍12g，白术12g，甘草6g，阿胶（兑）9g，地黄炭9g，赤石脂30g。加炮姜6g，棕炭9g，续断9g，寄生9g，五剂煎服。药后复诊，阴道已无出血，腹胀，口干欲饮均减。食可，二便调。舌淡红，苔薄灰，脉滑。为巩固疗效，继守上方二付。三诊时阴道血净三天。继用五味异功散加味，健脾益气善后。

辨析：本例乃脾虚阴伤所致的经漏，医者误从清热养阴，滋补肝肾着手，对虚在何脏，阴血虚损的程度，无确切的认识，故少效。师谓本例患者为月经后期，经期20天未止，量少，劳累后增多，如月经量，此体弱脾虚勿疑，且脉不数，舌苔薄，又非月经先期不同于傅青主之"水火太旺"证，故用清经散不适宜，更不宜再加麦冬，元参等阻滞气机。另外，本例腰痛，口干、舌红，阴道下血不止，有肝肾阴虚的一面，但阴虚是由脾虚血失统摄，漏下不止而引起的。脾虚失于治脾，徒劳无益，而有害于脾之健运，以致脾气不升而腹胀，脾气愈弱而下血益多，本欲补阴，反遭劫阴的副作用。吾师综合全局审因论治，处健脾固冲汤，以健脾坚阴，固涩冲任，方以白术，甘草，炮姜健脾益气以摄血，白芍，阿胶，地黄炭养血滋阴而止血，赤石脂酸涩固冲任，黄芩苦寒坚阴，加续断，寄生，棕炭意在增强补益止血之力。诸药配伍，健脾而不温燥，养阴而不碍脾，脾健冲固，经漏自止。

（胡文金）

罗元恺　　妇科望诊经验

中医妇科的诊法，是以《中医诊断学》为基础，通过望、闻、问、切，结合必要的妇科检查和辅助检查，将临床所得的资料综合分析、归纳，找出发病的原因，用八纲、脏腑、气血辨证，得出正确的诊断。

中医学认为"有诸内必形诸外"，"望而知之谓之神"。罗元恺教授积几十年之经验，根据妇科特点，对望诊有独到的经验。认为望诊在妇科较内科更为重要，望诊较切诊更为客观。望诊主要是观察病人的神、色、形态和望月经、带下、乳汁、恶露等变化，可测知病情。

一、望神　神是人体生命活动的表现。望神的重点在于眼神、表情和动态。在妇科急、重证中望神尤为重要。若病人表情淡漠呆板，反应迟钝，动作失灵，要考虑为血崩，流产不全或外孕等大出血类的急症，并注意晕厥与休克的发生。若病人双目无神、眼眶凹陷，表情淡漠，肌肤干燥，大肉已脱者，常是气阴两伤的重症。在望神中，神志尤为重要。

二、望面色　观察病人面部的颜色与光泽，可了解脏腑气血的盛衰。气虚血虚或肾虚生殖功能不正常等妇科病都可有面色的改变。

1. 㿠白　一般提示病在肺。在妇科多为气虚、血脱。长期失血如崩漏、月经过多者常见面色㿠白无华。

2. 苍白　是白中带青的面色。乃气血俱虚兼有肝风之象。可见于失血后的头晕、头痛，或经行头痛。

3. 萎黄　是面色淡黄，枯槁无光泽。多为脾虚、血虚。可见于月经过多、闭经、漏下或孕期产后失血过多，或胎萎不长。

4. 红赤　多为实热。可见于实热导致的月经先期，月经过多、崩漏、产后发热或急性盆腔炎。

5. 颧红　为阴虚火旺之候。如出现阵发性烘热汗出者，是绝经前后肾阴阳失调，阴虚阳浮的表现。

6. 黯晦　罗老师认为妇科之面呈黯晦，常见于生殖功能不正常的慢性病。面色晦黯或兼有面斑为脾肾两虚尤以肾虚为主。不论阳虚或阴虚都可见黯晦无华之象。并须结合出现的部位来辨证。

(1)眼眶黯黑，上下眼眶均黯黑者，多为肾虚；下眼眶黑者脾虚为多。

(2)面颊黯黑，常有面斑，多属脾肾虚。

上述黯晦面色及眼眶黑，多见于不孕症、滑胎、闭经、月经过少、崩漏或早衰者。常可因病情进展、加重面黯晦加深、范围加大；病情好转或治愈，黯斑可渐退。例如我们曾整理罗老师治崩漏病案：邓某，崩漏2年，面色晦黯，眼眶黯黑，颊部黑斑明显，舌色淡黯。四诊合参诊为脾肾虚损之崩漏，用健脾补肾法治愈崩漏后上述部位的黯晦色渐退。又如已整理发表的沈某病案，西医确诊为无排卵型功血，面色晦黄典型，眼眶暗，经罗老师用补肾为主治愈崩漏后，终于受孕分娩。患者的面色已逐渐好转到正常。

三、望唇色　脾开窍于口，其华在唇。在妇科诊断上，口唇色泽还与冲任有关。

1. 唇黯　罗老师诊为主脾虚，亦主冲任亏损。因冲任二脉环唇口。冲为血海，任主胞胎。月经

病、不孕症、滑胎等病常见环唇黯黑，尤以上唇更为多见。20多年前我请罗老师指导诊治一妇人，他通过四诊后曰：此病人环口黯黑尤以上唇为甚，是要注意的病色。临床上凡妇女环唇黯黑者，多有月经病或艰于生育。大多由于肾虚或兼有血瘀。经妇查此病人宫颈有黄豆大之瘀斑；子宫直肠窝有多个病理性结节，子宫后倾，活动欠佳。诊为子宫内膜异位症，原发不孕症。罗老师辨证为肾虚血瘀，真谓"望而知之"。20多年来，在大量的临床实践中我们体会到这是罗老师独到的妇科望诊心得。

此外还常见有唇淡、唇红、唇紫和唇烂，多为虚、热、瘀及阴虚火旺之征。

四、望舌　舌为心之苗窍，五脏六腑直接或间接通过经络与舌相联系。舌质以荣润红活为善。罗教授认为舌诊在妇科颇为重要，尤以舌质更有诊断价值。

1. 舌质　舌质包括荣枯、舌色、形态等，可反映脏腑血气的情况。

(1)舌质淡白　为气血两虚或内有虚寒。多见于月经过多、崩漏、闭经、月经过少，产后血晕或宫寒不孕。

(2)舌质暗红　多为气血郁滞，运行不畅。常见于月经先后不定期、瘀热蕴结痛经或盆腔炎、癥瘕。

(3)舌质红　为血热。舌尖红赤为心火或兼肺热，或血热而致经行量多。舌边红赤为肝胆火炽，往往见于月经先期、月经过多、倒经、胎漏、产后发热、阴疮等。

(4)舌上瘀斑　多为血瘀。临床上多见于痛经、闭经、癥瘕、不孕症、产后腹痛、恶露不绝。但短期有瘀滞，不一定反映出舌有瘀斑。

(5)舌淡黯　多属脾肾虚。尤其在滑胎患者中常见。舌黯滞则以肾虚为主。全舌黯与舌尖边有瘀斑不同。前者主肾虚，后者主血瘀，均为妇科常见的一种舌象。

若唇色与舌色不一致者，应以舌色为准。因口唇外露，受外界影响较多。例如唇红舌淡以舌淡为准。

妇科病舌胖多于舌瘦。舌胖多为气虚、脾肾阳虚，见于崩漏、月经过多、经行浮肿、带下病、子肿、子宫脱垂等。还有舌胖湿润如水泡猪肝样者，多以湿重为主。而舌瘦又不同于温病舌瘦的红、干、焦，而是反映慢性病的血虚、阴虚、津液不足。如舌瘦薄而色淡者，多为气血两虚；舌瘦薄而色红且干者，多为阴虚内热，可出现于月经过少、崩漏、胎漏、绝经前后诸证、严重恶阻等。

2. 舌苔　苔之厚薄，可察邪气之盛衰；苔之颜色，可察病之寒热；苔之润燥，可察津液之存亡。但应与舌质合参。寒热湿邪为妇科常见病因，导致舌苔的改变较明显。如舌苔白润而厚者，内有寒湿，多见于寒凝痛经、虚证带下病或子肿等。苔黄者属热。苔薄微黄，邪热尚轻，苔厚深黄，内热炽盛，黄厚而腻，为湿热壅盛；苔厚而干，为热盛伤津。多见于热邪导致的月经过多、经间出血、湿热带下病、盆腔炎、产后发热等。舌红少苔或无苔主阴虚内热；湿邪易与其他邪相并为病，总以苔厚或腻为多。

五、望形态　是通过观察病人形体与姿态，测知脏腑气血的盛衰、阴阳邪气的消长，及病势的顺逆和邪气之所在。在妇科，望形态可了解患者的发育状态和生殖机能的盛衰。形态又分全身形态和局部形态。

1. 全身形态　女子到14岁左右身体渐发育成熟，月经来潮，标志着青春期到来，出现女性特有的体态：胸廓、肩、臀部丰满，乳房隆起，有腋毛、阴毛生长。如年逾18岁月经不潮，身材矮小，乳房平坦，肌肉瘦削，形同幼女者，为先天肾气不足，可见闭经或月经不调，或婚后不孕。

在妇科病因中，罗教授特别强调体质因素。体质与体型有关。在妇科有两种典型的体型要注意：一是肥胖型，以阳虚阴盛，气虚痰湿为多，易疲劳，多汗。常见于月经后期、月经稀发、闭经、带下、胎动不安、子肿、宫寒不孕、阴挺等。此类体型多可受温补。另一种是消瘦型，多肝郁、多火、多阴虚，易激动，多愁善感。常见于月经先后不定期、痛经、月经前后诸证，胎漏、滑胎、子晕子痫，肝郁不孕癥瘕

等。此型着重滋肾填精，养肝疏肝，不宜温补。

2. 局部形态　在望形体盛衰肥瘦的基础上，尚须根据病情进一步观察局部形态变化。

(1)毛发　毛发润泽、疏密适中，为肾气旺盛，阴血充足；毛发脱落、阴毛稀疏枯黄为肾气虚惫，精血不足。可见于肾虚经闭或产后大出血之血枯经闭或宫寒不孕。若眉毛粗浓，唇口生须或乳头长毛、体毛粗长，或阴毛呈男性化分布者，多为肾虚痰湿之征。可见于闭经、崩漏、多囊卵巢综合征、不孕症等。

(2)乳房　乳头属肝，乳房属胃，肾经入乳内。月经初潮前后，乳房渐丰，乃正常生理现象。如乳房平坦、乳头细小或凹陷，乳晕色淡，多为肾虚之征。孕后乳房渐膨大、乳晕加深扩大。若其后反呈乳房松软不胀，多为胎萎不长甚或胎死腹中。孕期乳汁自出为乳泣，多为胎热，肝郁化火迫乳外出所致。产后乳房松软、乳汁清稀者，多为气血虚弱，可致缺乳。若乳房胀硬，红肿热痛，乳汁稠浓，为肝郁化热化火，可发为乳痈。若非孕期、产后，却溢乳而经闭或互不调者，为脾肾亏损，肝气逆乱，肝木乘脾或肝郁化热。乳头溢血则为乳衄，要注意乳癌的可能，需进一步诊察。

(3)外阴　属肝肾所主，宗筋所聚。古人所称之“五不女”多属生殖器畸形，为先天不足。正常发育者外阴丰满，阴毛润泽。若外阴平塌不荣，阴毛枯萎，是肝肾虚惫。外阴红肿热痛为肝经湿热。外阴色素减退多为寒、瘀所致。

六、望月经　正值月经期间可通过望诊以了解月经的量、色、质变化而辨证。罗老师总结了以问、望月经及带下辨寒热虚实的诊断规律，并在全国教材中详加叙述，使能广泛应用于临床。经来先期量多，色深红，质稠浓或有小血块者，多为血热，以热邪煎熬津血，迫血妄行也。若经行先期量多但色淡质稀者，则多气虚，以脾阳不振，气虚失摄也。经行后期量少，经色暗滞或有血块，伴小腹冷痛者，多属血寒，以阳虚则寒盛，血为寒凝也。经行后期量少而色淡质稀，则为血虚，以来源不足，血海空虚也。经行先后不定期，量或多或少，断续不匀，经色紫黯夹小血块，胸腹胀满不舒者，多肝郁血滞，气血运行不畅，疏泄失调也。经色紫红，量多或淋沥不断，血块甚多而腹痛难忍，血块排出后痛减者，多属血瘀，以瘀阻血行，气滞不通而痛也，瘀血不去，新血难安，则经血量多或淋沥不断。

七、望带下　带下病应通过望带下的量、色、质情况及阴部病变以辨寒热虚实。若带下量多，色白或黄白如涕如唾者，多属脾虚湿盛。若量多清稀如水，多属肾阳虚衰，失于闭藏。带下色黄或赤，淋漓不断，外阴搔痒者，多属肝经湿热下注。若杂见五色带下如脓如血者，多为热毒或湿毒，倘兼有恶臭气者，应注意是否恶性肿瘤，宜进一步详细检查。

八、望恶露　罗老师认为对产后病要重视望恶露的色、质。恶露色深红或紫红，质稠量多为血热；色淡质稀为气虚；色紫黑有块为血瘀，要注意有无胞衣残留宫腔。如恶露色紫黯如败酱，有臭秽气者，要警惕感染邪毒之危重症(产褥热)。

罗老师还指出妇科望诊要注意技巧，宜在病人未注意的自然状态下敏捷地观察，否则可影响原来的面色，尤其对腼腆的年轻女性望诊时更要注意。

罗元恺老师在妇科望诊中的经验有不少已成为理论而指导临床。但在诊断复杂的妇科病中，罗老师仍强调四诊合参，并重视必要的辅助检查以求确诊。

(张玉珍　罗颂平)

郑蕙芳　运用举元煎治疗崩漏的经验

郑蕙芳主任医师系山东省著名的中医妇科专家，现年67岁，从事中医临床近50载，积累了丰富的临证经验，尤擅长妇科证治。对崩漏一证颇有见地。老师治崩漏注重脾、肾二脏，辨证灵活，用方精练。本文主要介绍运用举元煎治疗崩漏的经验。

举元煎载于《景岳全书·新方八阵·补阵》，系明·张介宾所创。本方组成为：人参、黄芪、炙甘草、升麻、白术。张氏立方之本意在于：补益中气，治疗气虚下陷血崩，血脱亡阳之危证。此证急宜补气而不宜用当归、地黄之补血，老师用举元煎治疗崩漏是在张氏原方原意的基础上多有发挥，又创新意。兹简述如下。

1. 辨证求因，属脾虚气陷者，首选举元煎：老师认为，崩漏一证，病机颇为复杂，因果互相影响，病情多变。外感六淫，内生五邪，七情所伤，最后统统归结于脏腑，而五脏之中，又以脾与肾的病变为常见。脾主运化、统血、升清。脾的这些生理功能主要靠脾阳——中气来维持。妇女月经以血为本，血的化生有赖脾所运化的水谷之精微，血的正常运行又靠脾胃之气的统摄。故月经的生理过程与脾有着密切的关系。若脾虚气陷，升举无力则血不循经而妄行，这是导致崩漏常见病机之一。举元煎正是针对脾虚气陷这一病机而设。方中人参大补元气，回阳固脱为君；黄芪补气升阳，白术健脾益气，二药辅助人参补气之力而为臣；甘草补脾益气，调和诸药而为佐；升麻入脾胃，升阳举陷，且能载诸药归经而为使。本方方小药简，功效专一，共奏健脾益气，升阳举陷，固崩止血之功。用于治疗脾虚气陷之崩漏，每每获效。临证之时，首须辨证求因。只要病人患崩漏而证见面色㿠白或萎黄，耳廓与口唇色淡白，气短自汗，倦怠乏力，小腹空坠，脉细弱无力者，即是脾虚气陷之征。无论少女老妇，见此证候，皆可用举元煎治疗。选加五味子、生龙牡、芡实等收涩止血；阳气下陷甚者，加柴胡以助升麻升举之力。

2. 辨证确切，用方恰当，尚须注意用药剂量：老师用举元煎，十分讲究用药剂量，紧密结合病人的病情而增减用量。如崩漏暴下如注，病情危笃者，加大方中补气药的用量，尤其人参的用量，人参9—12g，黄芪60—90g，白术15—18g。病情改善，是血之势缓解后，可将人参改为3—6g，以巩固疗效。血止后可将人参易党参以善其后，其它药物亦相应减量。

3. 治老妇血崩，以升举中气为主：老师说："老年妇女患崩漏，多属肾气亏虚，但老年肾虚是人体生、长、壮、老的必然趋势，非人力与药力所为。然而老年以后天脾胃为本，赖水谷之精气以维持日趋衰退的生理功能。故治老妇血崩，应重在补脾。无论证属何型，益气摄血为其主要治则，再兼以其他治法。李东垣主张：'先补其阳，后泻其阴'，我认为很有道理。故治老年血崩，均先以升阳举陷之举元煎加味治疗。若血崩势猛，先以人参9—15g急煎顿服；若亡阳欲脱，加附子回阳救逆。病情稍缓，再服举元煎，待血止后，再健脾益肾以善其后。"老师在下乡巡回医疗时，曾遇一老年血崩患者，因当时山区缺医少药，患者发病后未能及时治疗，老师赶到时，患者面色苍白，烦躁不安，继而神思恍惚，口张气微，四肢厥逆，血压已测不到。诊其脉微欲绝，查阴道流血量多、色淡，质稀无块。证属阴血亏竭，阳气外越，气随血泄之血崩。急以参附汤水煎灌下，以回阳救逆，益气固脱。3小时后，阴道流血

量减少，四肢转温，血压回升，随即煎服举元煎，人参12g，黄芪90g，白术20g，升麻12g，炙甘草9g，次日清晨，患者神志清醒，面色稍润。又进1剂，至中午，血压回升至(12.0/8.0kPa)。自觉头晕目眩，气短乏力，自汗出。阴道流血量少。诊其脉细弱无力，舌淡苔薄。此为气血亏虚之证。病情已趋稳定，将原方减量：人参9g，黄芪60g，白术15g。继服3剂。再诊时，阴道流血停止，患者自觉体力增加，惟感腰酸，纳差。仍服举元煎，改人参6g，黄芪30g，加山萸肉、五味子、寸冬等益肾生津之品调治，3个月后，家属来述，患者身体已恢复。

4、暴崩不止，无问何因，皆用举元煎止血：老师在治疗崩漏时，遇到暴崩不止，动则大下，卧不减势者，不论属何种证型皆用举元煎。急则治其标。暴崩下血不止，若不及时救治，势必血竭气脱，危及生命。然“有形之血难以速生，无形之气所当急固”，是以先用举元煎固气摄血，以遏其流，挽救垂危。病情缓和后，再仔细审查，辨证求因，以治其本。如老师曾治一少女患者，因持续阴道流血10天，突然大下不止2天收入院，查血色素6.0g/dL，西医诊断为：功能性子宫出血，贫血(重度)。给以输血并用止血药物治疗，阴道流血仍不减。准备为其行诊刮术，但查血色素已降至4.0g/dL，恐发生危险而未行手术，特请老师会诊。查其面色㿠白，口唇耳廓无血色，全身微颤，神志不清，反应迟钝，脉芤。阴道流血呈西瓜水样。证属中气下陷，气随血脱之崩漏。治以大补元气，益气固脱。急煎人参12g顿服，2小时后流血势减，再投以举元煎健脾益气，升阳举陷。方药：人参9g，黄芪60g，白术18g，升麻12g，炙甘草9g，炮附子9g，阿胶9g(烊化)。连服3剂后，流血渐止。观其患者形体消瘦，面色萎黄，时感口干乏力。老师认为此属脾肾双虚，拟健脾益气，养血益肾之法，投以举元煎合六味地黄汤加减。调理3个月而愈。

5、暴崩失血之后，宜以甘药补脾生血：治崩的首要任务是止血，血止之后，对机体脏腑气血的盛衰及时进行调理，对恢复机体调整月经周期，防止崩漏复发，具有十分重要的意义。老师通过长期临床实践体会到：崩漏大失血之后，治应宜从补脾入手，补气较补血更为重要。若单用补血之法而不补气，则失血所耗之气得不到补充，脾虚气弱，统摄无权，势必导致崩漏复发，尤其老年妇女，肾气衰弱，若不补益脾胃之气，则血脉无以固摄，必致崩漏反复不愈。她说：“血脱者，先益气，此乃古人治血之法。《景岳全书》所载血脱之证，必当用甘药先补脾胃，以益生发之气。盖甘能生血，是取其甘味入脾之意耳。脾胃气壮，则运化之力健旺，营血化生则源源不断，阳生阴长而血自充矣；且脾健气旺，摄血有权，血自归经而不妄行。”老师用举元煎正是基于此意。方中人参、黄芪、白术、甘草甘温入脾，益气补中，振奋中阳，生血、摄血，配升麻升举中气，清阳得升，浊阴得降，气血化生，阳回气固，营血守中，不致奔脱。故可寓塞流、澄源于一体，可谓标本兼治之良方矣。

6、少女血崩，补肾为正治，健脾亦不可忽视：老师认为，年轻女子肾气初盛，生殖机能尚未发育成熟。若此时患崩漏，多责之于肾虚，补肾为其正治。但肾主先天之精，脾主后天之精。先天之精只有在后天之精的不断充养下，才能源泉不竭。因此，老师治疗少女血崩时，常在补肾的同时又兼健脾益气，采用六味地黄丸或二至丸合举元煎，取得良好效果。

7、治疗兼证，灵活化裁，切忌面面俱到：老师说：“应用举元煎治疗气虚崩漏，崩漏日久病情较为复杂，有脾虚肝郁者，有气虚血瘀者，有脾肾两虚者，有气血俱虚者等等，但以气虚为主要矛盾，治以健脾益气为主，也要兼顾次要矛盾。”如兼肝木克脾，少腹胀痛时，用举元煎加当归、芍药健脾益气，养血柔肝止痛，再佐陈皮以宣通中气；若兼血虚腹中空痛者，用举元煎合芍药甘草汤，健脾益气，养血止痛；若兼瘀血内停，少腹刺痛者，用举元煎和桂枝茯苓丸健脾益气，化瘀止痛；若气虚兼阳虚，四肢不温，少腹冷痛者，用举元煎加附子健脾温阳。

在兼证较多的情况下，应详察病机抓主要矛盾，兼顾一两个突出的兼证。切不可面面俱到，这样势必方大力散，互相牵制影响疗效。

8、注意协调脏腑之间的关系：五脏与六腑之间，脏与脏、腑与腑之间的关系是非常复杂的，生理上互相支持，病理上互相影响。因此，在治疗崩漏时，要重视协调脏腑之间的关系。用举元煎治气虚下陷之崩漏，需要兼顾其他脏腑。如脾虚肝郁者，既要健脾益气，又要疏肝解郁，用举元煎合平肝开郁止血汤加减；心脾两虚者，用举元煎合归脾汤加减；瘀血内停者，用举元煎合桂枝茯苓丸加减。崩漏日久，穷必及肾，导致脾肾两虚，治宜健脾益肾，又当分清阴阳盛衰。若兼肾阴虚，用举元煎合左归饮，火旺者，加丹皮或合二至丸；若兼肾阳虚，用举元煎合右归饮，若肾精不固者，选加芡实、五味子、山茱萸、赤石脂、生龙牡、乌梅、海螵蛸等收敛固涩之品。

（叶　青）

罗元恺　　辨证论治中的两分法

中医学的理论，是以阴阳学说为指导。阴阳的概念贯穿了中医理论体系的各个方面，而且体现在临证实践中辨证论治的各个环节。它不仅具有哲学的意义，实际上已被赋予医学的内容。我们的导师罗元恺教授对阴阳学说非常重视，并有较深入的研究，认为是中医理论体系的核心内容。他在几十年的医疗实践中，以阴阳学说之两分法作为诊病施治的重要依据，曰：治中医者不可不识阴阳之理。这是我们对他主要学术思想的领会。

诊病首论脏腑阴阳

诊病，尤其是妇科病，必先明辨脏腑，此乃常法。而每一脏腑又有其阴阳。如肾有肾阴、肾阳；心有心阴、心阳；脾有脾阴、脾阳；肝有肝阴、肝阳等。脏腑阴阳和调，则健康无病；阴阳失调，诸病乃生。罗教授认为，临证之际，必须明了病位所在之脏腑，并需察其病变是阴虚或阳亢；阳虚或阴盛；气虚或气郁；血虚或血燥等。盖以气属阳，血属阴，气血亦统属于阴阳。知其所因，才能有的放矢，准确施治。若仅明脏腑而不辨阴阳，则辨证不确，可致误治或治而无功。如不育症之精少或精子活力低，多属肾虚。然有肾阳虚或肾气虚者；有肾阴虚者；有阴虚阳亢者；有肾精不足而膀胱有热者。若不问阴阳而滥施峻补，则阴虚阳亢者可致相火更炽；膀胱有热者更如火上加油，皆医家之大忌，不可不慎。又如妇人之绝经前后诸证，虽多属肾虚，且多为肾阴亏损，但亦有肾阳虚、命门火衰者。治则上补肾虽同，但有滋肾与温肾之别，其中不得有所混淆。这类例子，在妇科病的辨证中尤为常见。医者若不明阴阳之理，遇月经失调则概予疏肝；对不育则均投温肾补肾，药证不符者不仅没有疗效，甚或加重病情。

罗教授在诊治不孕症时，首先辨脏腑虚实。虚者有肾阳虚、肾阴虚或阴血虚，他分别以右归、左归加减为治；实者有肝气郁结、瘀阻胞脉胞络（常见于输卵管不通、盆腔炎一类疾患），分别用逍遥散加减及少腹逐瘀、膈下逐瘀汤为治。在辨别脏腑血气之中，区别阴阳补泻之法，治愈了不少不孕患者。

他曾治一阳痿患者，婚后不能房事，前医叠进鹿茸之类以壮阳，更辅以雄激素类西药，均未奏效。症见腰膝酸软，遗精，神疲，消瘦。诊其舌质淡红，苔少，脉弦细。证属肾阴不足，阳气无以化生，故见阳痿。治必以滋阴为先，于阴中求阳，故以熟地、黄精、菟丝子等大队滋阴药为主，辅以少量仙茅、淫羊藿以佐命火。仅用药七剂阳痿已愈，继续调治一段时间，则诸症渐除并有子嗣。

八纲辨证阴阳为本

在中医的辨证方法中，八纲是概括性的纲领。而在八纲之中，又以阴阳统括其他六纲，故阴阳为八纲之总纲。从《内经》伊始，《素问·阴阳应象大论》中已有“善诊者，察色按脉，先别阴阳”的古训。及至明清时代，八纲辨证的原则已被确立并逐渐完善，更明确了辨证先辨阴阳的法则。《景岳全书·传忠录》中云：“凡诊病施治，必须先审阴阳，乃为医道之纲领。阴阳无误，治焉有差？医道虽繁，而可

以一言以蔽之者，曰：阴阳而已。"罗教授对景岳之言颇为赞赏，认为病证虽多，皆可分为两类，或寒或热，或虚或实，或表或里，即阴与阳两端，这是疾病之两分法。如热病有表里；杂病有寒热虚实；瘀证有寒瘀与瘀热；湿温有湿热与寒湿，皆同此义。辨证时能抓住阴阳两纲，则可避免原则上的失误，并避免被假象所迷惑。

尝遇一患者，月经稀发乃至闭经数月，腰酸，神疲，面色苍白且有暗斑，时觉口苦，舌质淡而略黯，苔白浊，脉沉细。因口苦，自以为燥热，乃饮用清热之中药冲剂，口苦不解，反觉胸闷。罗教授诊后，认为证属肾阳虚之闭经，因肾虚而致脾阳不运，湿浊上泛，故令口苦，非真热也。乃治以温肾之剂，少佐陈皮、藿香之类以醒脾化浊，口苦便解。

临床上的病证复杂错综，变化多端。表里同病，虚实挟杂，寒热并见或真寒假热，至虚有盛候等情况，在临证中并不少见。这就需要在辨证是抓住主要矛质。阴阳两纲的意义即在于此。

阴平阳秘乃治法之要

阴阳失调是人体的病态，故调节阴阳乃中医治病的总则。《素问·阴阳应象大论》曰："审其阴阳，以别柔刚，阳病治阴，阴病治阳。"总观诸 多病证，不外乎邪盛与正虚。邪气盛则实，精气夺则虚，实证与虚证分属阴阳。治法当循实则泻之、虚则补之的原则。而治疗的目的是使机体达到阴阳重新和调的状态。《素问·至真要大论》曰："谨察阴阳之所在以调之，以平为期。"平，即阴阳相对的平衡。亦即《素问·生气通天论》所谓"阴平阳秘，精神乃治"之义。治则上的两分法，可用补泻两法概之，这是治法上的阴与阳。古人总结的八大治法——汗、吐、下、和、温、清、消、补，温法与补法属补的范畴，其余六法属泻的范畴。泻的治法较多，主要是针对不同类型的阳证、实证。补的治法实际范围也很广，包括了滋阴、温阳、益气、养血、填精、固表等具体治法，可针对不同情况的阴证、虚证。而现代研究较多的活血化瘀法，古代未有单独列为一法，杂见于下法，消法之中，也属泻的范畴。治法是因辨证而定，证候明确，则治法应有明确的针对性。张介宾在《景岳全书·传忠录》曰："凡看病施治，贵乎精一。盖天下之病，变态虽多，其本则一；天下之方，治法虽多，对证则一。故凡治病之道，必确知为寒，则竟散其寒；确知为热，则竟清其热，一拔其本，诸证尽除矣"。张氏之言，强调治法要对证且专一，在临床上确有其重要意义。病证虽有虚实夹杂、寒热并见者，但因标本缓急的不同，必有主次之分，治法则应针对主证，才能收到良效。绝不可茫无定见，以"大包围"的治法，而面俱到。这样不但收效不大，有时反面增病，景岳指出："凡遇一证，便若观海望洋，茫无定见，则势有不得不为杂乱，而用广络原野之术。盖其意谓虚而补之，则恐补之为害，而复制之以消；意谓实而消之，则恐消之为害，而复制之以补。其有最可哂者，则每以不寒不热、兼补兼泻之剂，确然投之，极称稳当。此何以补其偏而救其弊乎？"如治法没有明确的针对性，就难以达到调节阴阳、恢复阴阳平衡之目的。

药物配伍需阴阳兼顾

罗教授认为，在强调治法精专的同时，方药的配伍则需注意阴阳兼顾。这主要是指脏腑气血阴阳而言。因为脏腑的气血阴阳不是孤立的。阴阳互根，气为血帅，血为气母，阴与阳、气与血存在着相辅相成的依存关系，不可相失。在遣方用药时就需顾及于此。张景岳曾指出："善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助面生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳生而泉源不竭。"阴中求阳，由于阴为阳之物质基础，治阳虚的方剂若单纯用温阳之品，则恐耗竭其阴，孤阳无根，难以生发阳气。仲景之金匮肾气丸是阴中求阳的典型例子。其方在熟地、山萸肉、淮山三味养阴药及茯苓、泽泻、丹皮清利的基础上，而以附子、桂枝二味温阳。千百年来用之有效，足见其组方之严密与周到。阳中求阴，因为阳以帅阴，治阴虚、血虚的方剂，若单用阴柔之品，则缺乏流动之生机，故当兼用阳药以推动

其生发之气。其典型方剂是当归补血汤。方中倍黄芪以补气，配当归以养血，是“有形之血不能速生，无形之气务须急固”之理。药物的阴阳兼顾不独见于补剂，尚可见于其他治法中。如活血化瘀的方剂常佐以行气之品，是因“气行则血行，气滞则血滞”，故活血当以行气为先。罗教授处方用药，遵照药物阴阳的配伍，在滋阴养血剂中，适当佐以温行之品以防滋滞，如用生熟二地为主者，必少佐以砂仁、枳壳以行气。在温阳补气剂中，则佐以甘润和阴之药，如用附子、桂枝为主者，必佐以炙甘草、芍药之类，使达到阴阳相长之义。

中医经验的精华，除了辨证精妙、治法准确外，很大程度体现在药物配伍独到之处。名医妙着，常常在于配方的严谨与灵活。有时一味药物的取舍、剂量的增减，具有画龙点睛之妙。罗教授平素诊病，处方用药多为寻常之物，甚少使用稀罕珍贵之品，而疗效卓著，关键便在组方的灵妙。他曾治一例晚期妊娠严重腹痛者，孕妇高龄始得第一胎，甚为珍贵，至妊娠七个多月出现子宫收缩痛，住院用西药舒喘灵等，只取效一时，仍无法控制其宫缩的发生。患者体质虚胖，情绪紧张，睡眠不宁，面色苍白，舌淡苔白浊，脉细滑。证属血虚胞脉失养，兼有湿浊。罗教授以金匮之当归芍药散为底，补血以缓急，加入蚕砂、藿香二味化湿浊以安中，补中有消，相行益彰。数剂后，孕妇宫缩大减，继续调治一段时间，终至足月分娩。又如他治一例妊娠便秘的孕妇，孕后大便数日一行，秘结难解，气短，少腹时有隐痛，舌淡苔少，脉细滑，曾用润肠及行气之剂，收效不大。罗教授认为是气虚津少，传导失职，遂以白术 60g 配生地 30g，厚朴 6g，日二煎，药到而便通，是取白术补气而质润，生地养阴而润肠，厚朴行气。阴阳相配，药味虽少，疗效却甚佳。

（罗颂平　张玉珍）

儿　科

午雪峤　　小儿脾阴虚临床论治经验

午雪峤教授诊治小儿疾病，首重调理脾胃阴阳，以滋脾养阴法调治小儿脾阴不足诸多病症为其独到的学术经验之一。

补脾当辨阴阳　养阴宜分脾胃

《经》云："善诊者，察色按脉，先别阴阳。"五脏各有阴阳，脾为五脏之一，亦有阴阳之分。历代医家对五脏之阴多注重滋补心、肝、肺、肾之阴，而很少重视脾脏之阴。补脾多遵东垣补气升阳、健脾燥湿以治脾；养阴多祟叶天士甘寒柔润以养胃阴。补脾不辨阴阳，养阴不分脾胃，混而治之者多矣。正如吴澄所言："古方理脾健胃多偏胃中之阳，而不及脾中之阴，然虚损之人，多为阴火所灼，津液不足，筋脉皮骨皆无所养，而精神亦渐羸弱，百症丛生矣。"(《不居集》)明确指出了脾阴虚对人体的危害。午教授常言："脾胃虚损，有损脾阴，有损脾阳，有损胃阴，有损胃阳。脾阴脾阳互根互生，共主运化；胃阴脾阴表里相关，默相灌渗，临床论治虽有相似之处，但究其根本，终有差异"。唐容川在《血证论》中指出："脾不治水故宜燥，脾不升清则宜滋。"《临证指南医案》中亦有"脾宜升则健，胃宜降则和"的论点。这些，都深刻揭示了脾阳虚与脾阴虚临床证治之异及补脾与健胃之别。脾阳虚则失其温煦运化功能，证见形寒肢冷、水湿停留；脾阴虚则失其融化升清功能，证见营阴不足、濡养无权；胃阴虚失其润纳和降功能，证见胃中嘈杂，口干呕吐等症。故脾阳虚治宜甘温益气、胃阴虚治宜甘凉润降清养胃阴。补脾阳不等于补脾阴，养胃阴不能代替滋脾阴。

小儿常脾阴不足

宋代钱乙创立了小儿"阴常不足"的理论。明代万密斋提出了小儿"脾常不足"的论点。在此基础上，午雪峤教授细研小儿脾脏之生理病理特点，结合自已数十年之临床经验，提出了小儿"常脾阴不足"的论点。

小儿稚阴稚阳，生长迅速，代谢旺盛，在阴阳不断滋长中，其气阳偏亢，阴精相对显得不足。然阴精之来源，一为先天，一为后天。又先天之精必赖后天之精以充养。故阴精不足，当责之于脾，故言小儿"常脾阴不足"。同时也说明了脾胃之阴在儿体阴平阳秘，保持健康中起主导的作用。

临床能引起小儿脾阴虚损的原因很多,归纳有五:①饮食不节,若摄入不足,则生化乏源,无以滋生脾阴。但更多见于饮食无度,恣食肥甘煎炒炙之品致积热渐生耗伤脾阴。②外感六淫,化热化火,耗津伤液,损伤脾阴。③疾病影响,久泻久痢,虫积,虚劳等耗损气阴致脾阴不足。④他脏虚弱(先天不足或后天失养)则脾阴势孤难以独盛。⑤误投医药、乱用滋补,过用发汗利湿、攻下之品或温燥之剂伤阴劫阴损伤脾阴。更有当今独生子女之父母,乱投参芪壮阳之辈滋补,济火助阳,灼伤阴津使脾阴亏损。以上种种为造成儿科临床脾阴虚证广泛存在的主要原因。

脾阴虚证临床证治

1. 脾阴虚证的临床表现　①脾阴不足运化失司:表现出食少纳呆或厌食,食后腹胀,大便不调。②营阴亏损,濡养无权:表现出面色无华,形体消瘦,肌肤不荣,毛发干枯。③阴虚内热:表现出唇红而干,手足心热,睡眠不安,蹬被盗汗,大便干结。④他脏失养:肝阴不足见烦躁易怒,多动不能自控;心阴不足见夜惊盗汗,心神不宁,学习不专心,注意力不集中,肺阴不足见干咳少痰或卫外不固,反复易感,肾阴不足见发育迟缓,五迟五软,鸡胸,遗尿,贫血等。⑤舌、指、脉:表现为舌质嫩红、苔少、无苔或花剥苔,指纹淡细紫,脉象细数。

2. 治法及代表方剂　《经》曰:"虚者补之","损者益之"(《素问·阴阳应象大论》)"土位之主,其泻以苦,其补以甘"(《素问·至真要大论》)。故脾阴虚证法当以甘味补脾益阴。脾为阴土,性喜升运,午雪峤教授认为,脾阴虚证的治疗要掌握甘、酸、升、润四个关键,宜用甘缓平和不腻不燥之药,配以酸敛生津之品,达到养阴化阴,润脾升发之目的。甘平补脾阴,酸甘化脾阴,升精益脾阴,濡润滋脾阴。以此立法,他自拟滋脾饮,临床随证加减治疗小儿脾阴虚诸多病症常获显效。

滋脾饮组成和机理为:太子参、扁豆、山药、莲肉、内金、麦芽、山楂、白芍、苡仁、葛根、大枣。方中山药、扁豆、太子参、莲肉,用其甘淡平和,滋脾养阴,健脾益气为君;内金、山楂、麦芽,开胃扶脾寓消以补为臣,白芍酸敛缓肝防木克土,且与君药相配有酸甘化阴之功,苡米益脾渗湿防水滞留为佐;葛根升清益津,大枣调和脾胃共为使药。全方具有升补脾阴而不燥,酸敛脾阴而不滞,滋补脾阴而不腻;甘酸升润,补脾升发,滋阴和营之功效。

滋脾养阴法儿科临床应用

1. 滋脾养阴,开胃增食　用于小儿厌食症属脾阴虚型者,证见长期食欲不振或厌食,面黄消瘦,手足心热,夜间盗汗等。方用滋脾饮加减:山药、扁豆、莲肉、太子参为甘淡实脾之品,麦芽、山楂、内金为消食导滞之味,全方消补结合扶脾开胃则食纳增加。盗汗者加龙骨、牡蛎,手足心热者加胡连。

2. 滋脾养阴,消积除疳　用于脾阴久亏,津液枯槁之疳积症。即营养不良儿,症见形体羸瘦,面色不荣,皮肤干燥,毛发枯黄,食少纳呆,肚大青筋。钱乙云:"疳皆脾胃病,亡津液之所作也。"故滋脾养阴为治本之法。但此症小儿多虚中夹实,故见舌苔厚腻者,午教授常先用保和汤加减消其积滞,再以滋脾饮缓调收功使阴津渐复。气血虚者加黄芪、当归。

3. 滋脾养阴,益胃降逆　用于长期慢性呕吐脾胃之阴俱伤者。证见口干喜饮,胃中嘈杂、干呕、呃逆,饮食即吐;舌红少津,苔薄少或无苔。午教授常先用益胃汤加竹茹、半夏、石斛等益阴和胃,降逆止吐治其标,再以滋脾饮加减滋脾养阴,增胃之津治其本。

4. 滋脾养阴,润肠通便　用于小儿习惯性便秘兼脾阴虚者。证见形瘦,舌红少津,苔薄少,大便数日一行,干结难下。此为脾阴不足,肠津枯少所为。故午教授常以滋脾饮加麻仁、当归滋脾养阴,润肠通便。临床屡治屡验且疗效持久。

5. 滋脾养阴,清热止泻　用于急性湿热泄泻合并伤阴者。证见呕吐泄泻无度,精神萎靡,皮肤干

燥，前囟眼窝凹陷，舌红少苔或光滑无苔，脉细数无力。治宜滋脾养阴，清热生津，分利止泻并用。用自拟健脾增液汤（莲肉、乌梅、山药、扁豆、杭芍、车前子、白茯苓、黄连、石斛、生晒参）。重度脱水者宜静脉补液。

6. 滋脾养阴，益肺固表　用于小儿脾阴不足反复易感，咳嗽痰少，咯痰不利者。小儿肺常不足，卫外不固，易感外邪；若脾阴不足则不得散精于肺，肺失濡养，气阴两虚；气虚则卫外不固，反复感冒，阴虚则虚火内生，灼津为痰，令人作咳。此类易感儿临床颇多，宜重在治本。以滋脾饮合玉屏风散化裁。自拟免疫防感汤（山药、扁豆、沙参、麦冬、麦芽、防风、生芪、白术、板蓝根），有益气养阴、脾肺双补、固表防感之功效。

7. 滋脾养阴，益肾壮骨　适用于先天不足、后天失养之脾肾两虚证。如发育迟缓，五迟五软，鸡胸，遗尿，贫血等；兼见心烦躁扰，夜眠不安，盗汗，舌红苔少或舌苔花剥。治宜滋脾养阴补后天，益肾填精补先天。常用滋脾散和健补口服液（黄芪、党参、熟地、龟版、龙骨、白术、山药、内金等）同时服用，脾肾双补，缓 慢收功；使脾健肾充，肉丰骨坚。

8. 滋脾养阴，宁心安神　用于小儿脾阴不足，心神失养之多动症，证见面黄消瘦，兴奋多动，坐卧不宁，注意力不集中，眠少多汗，舌嫩红、苔薄少。此属脾阴不足，心阴失养，浮火妄动，上扰心神所致。故以滋脾饮加菖蒲、远志、益智仁、炒枣仁等药滋脾养阴，宁心安神。

此外，以滋脾养阴柔肝熄风法治疗小儿慢惊风、慢脾风；以滋脾养阴育阴清热法治疗阴虚发热等亦为其临床常用之法。

病案举例

例1　韩某，女，2岁半。反复呕吐2年余，92年4月13日初诊。自2、3月起经常呕吐，干呕，平日纳呆厌食，手足心热，盗汗、大便干结难下如羊粪，易患感冒，近半个月呕吐加重，进食进水即吐，多方医治无效。形瘦面萎黄，唇红而干，舌质嫩红，苔薄白少，脉细数指纹淡细紫。证属脾胃阴虚，胃失润降。处方：沙参6g，麦冬6g，生地6g，石斛6g，竹茹6g，赭石8g，陈皮6g，炒扁豆6g，黄土水煎。服4剂。二诊：吐止，仍干呕，余症未除，舌嫩红，舌苔轻度花剥。方用滋脾饮加牡蛎15g。服4剂。三诊：纳增，已无恶心呕吐，仍有盗汗，舌象同前，继以滋脾饮调理1月。3个月后随访，呕吐痊愈，诸证悉除；已2个月未患感冒。

按　本例呕吐日久，腑病及脏，脾胃阴虚并存。故先用益胃汤加减养阴、降逆、止吐安其胃，再用滋脾饮滋养脾阴，扶脾治其本，脾胃阴复，升降如常，则呕吐自愈。

例2　田某某，男，3岁。91年5月13日初诊。患者纳呆体弱，消瘦易感已2年；自幼瘦弱，食少、厌食，倦怠乏力，夜眠易惊，盗汗多，大便干燥，生长缓慢。证见形体羸瘦矮小，面黄神疲，鸡胸，腹大青筋，皮肤干燥。毛发结穗；双手十指及双足十趾指（趾）甲正中均有宽约0.1mm之白色横纹；舌质红，苔白厚；脉细滑，体重11公斤，身高84公分。证属先天不足，后天失养，积久成疳，兼夹积滞，治宜消食导滞，扶脾补肾。处方：炒麦芽8g，神曲4g，焦楂8g，半夏6g，陈皮6g，莱菔子6g，连翘6g，茯苓10g，炒扁豆15g，牡蛎10g。服4剂。5月23日二诊：纳增，舌红苔薄白中心剥脱，余症未消。又以滋脾散（滋脾饮散剂）1g，日服3次，治疗1月。三诊：纳增，诸症皆减，指（趾）甲白色横纹消退，舌苔薄白无花剥。继以健补口服液调理两个月，9月26日复诊随访，食纳大增，精神活泼，面色转红，体重增加2公斤，Hb120g/L。感冒次数明显减少。

按　“疳者干也”，脾胃津液消亡，无以润五脏六腑。肝肾精血不足则筋骨不坚，爪甲不荣；肺失所养则皮毛子枯，卫外不固；心阴不足则心神不宁，夜惊盗汗；脾胃不健纳、运失司，则食积难化。故先消积导滞祛邪以扶正，再养阴扶脾以滋化源。继健脾补肾、气阴双补而获显效。

（赵成莉）

江育仁　儿科运脾治则的研究与心得

小儿脾常不足，因此，小儿脾胃病在临床颇为常见。江育仁教授根据小儿脾胃病的临床特点，提出了"脾健不在补贵在运"的治疗法则。经近10多年来的潜心研究，已从理论基础、临床验证、实验研究诸方面积累了丰富的资料，取得了一系列源于古人又有所创新，从中医理论体系出发，应用现代科研方法和技术手段的研究成果。这一研究不仅可直接应用于儿科临床，也可作为研究发展传统医学的借鉴。

脾失健运是小儿脾胃病的病机关键

脾的主要生理功能，是分化水湿，运化水谷，输布精微，故谓之脾主运化。一旦运化失健，则诸证丛生，如脾运失健，胃不受纳，造成厌食；食积中阻，运化失司，形成积滞；气机不利，中焦壅滞，引起腹痛；升降失司，浊气逆上，发生呕吐；脾失升清，合污下流，则生泄泻；脾运失职，精微不输，迁延成疳等。因此，多种脾胃病证，以及由于水湿不化、水谷精微失于敷布荣养而形成的他脏病变，均与脾主运化的功能失调有关。

饮食不节，喂养不当，是小儿脾胃病的首要病因。曾调查225例小儿厌食症、533例疳证，由此产生者分别占50.7%、57.2%。与旧社会常因饮食不足不同，现代小儿的饮食病因，或由婴儿期未按期添加辅食；或由母乳缺乏，人工喂养方法不当；或由过食所谓高营养的食品、补品，使小儿脾胃不堪负担；或由家长纵儿，使之贪吃零食、偏食，饥饱不均而损伤脾胃等。加之小儿脾本不足，小儿脾胃病便成为目前临床上的常见病多发病。

脾胃虚弱和运化失健是小儿脾胃病理的两个主要方面，二者既密切关联又有一定区别。前者以气血阴阳的亏损为主，表现为虚弱不足证象；后者以脾主运化的失职为主，表现为功能的失调。由于饮食不节，喂养不当，造成运化失健的功能失调病变，因而以脾运失健为主要病机的小儿脾胃病普遍存在。疳证中虚象毕露的干疳已大为减少，以运化失健为主的疳气证占目前所见疳证的大多数。曾分析300例小儿厌食症病机，脾运失健证占60.3%，脾胃气虚证34.7%，胃阴不足证5.0%。都说明运化失健在现代小儿脾胃病发病中的重要性。

运脾法为主治疗脾胃病的临床实践

小儿脾胃病以补脾胃和运脾开胃为两大治疗法则。运脾法则主旨在于舒展脾气，调和脾胃，扶助运化，强调顺脾之所喜而去其所恶，避免壅补，毋伤正气，以恢复脾的正常运化功能为目的。

运脾法主要包括：①运脾化湿法。脾喜燥而恶湿，故对湿困脾土证取芳化之品以醒脾燥湿，如苍术、佩兰、藿香、厚朴花、白豆蔻等；②运脾开胃法。脾喜运而恶滞，故对乳食积滞证取化食消积之品以导滞助运，如苍术、山楂、鸡内金、建曲、谷芽、麦芽等；③温运脾阳法。脾喜温而恶寒，故对中阳不振证取温振脾阳之品以驱寒通阳，如炮姜、肉豆蔻、砂仁、益智仁、附子等；④理气助运法。脾喜舒而恶郁，故对气机壅滞证取理气开郁之品以行气宣脾，如陈皮、木香、枳壳、丁香、莱菔子等。此外，运

脾、补脾也常兼施，如益气助运、养胃助运等，可使补而不滞、消不伤正。适用于脾气虚、胃阴伤等伴见运化失健之证。

《本草崇原》谓："凡欲运脾，则用苍术"。苍术味微苦，气芳香而性温燥，功能醒脾助运，开郁宽中，疏化水湿，正合脾之所喜。老师用苍术为运脾主药，随证配伍，制成方便小儿服用的成药或汤剂，系统治疗观察了多种小儿脾胃病证，取得了较为满意的效果。

小儿厌食症脾运失健证，用运脾化湿、运脾开胃、理气助运合方，以苍术、陈皮、鸡内金、焦山楂等制成儿宝冲剂，每服10g，1日3次，疗程1个月。治疗178例，显效49.4%、有效42.1%、无效8.4%。疗效显著高于浓复B液对照组136例的16.2%、27.9%、55.9%（P<0.001）。

小儿泄泻，以"无湿不成泻"立论，用运脾化湿法为主治疗。湿热困脾证予清化湿热之炒苍术、黄芩；脾虚湿渍证予燥湿健脾之炒苍术、炮姜、煨芋艿。均制成散剂。每服1—2g，1日3—4次。治疗58例，有效率93.1%，高于同期治疗的敷脐组49例，79.5%，推拿组63例，73.0%，水药组44例，68.2%（均P<0.05）。

小儿疳证中的疳气证，因脾运失健而精微不能输布供养。用运脾法为主，取苍术、陈皮、焦山楂等制成调脾合剂。每服10ml、1日3次，疗程1个月。治疗54例，显效39%，有效44%，无效17%，治疗后有40例食量显著增加，大便夹不消化物者转调。平均每例增加体重0.58Kg/月，显著超过同龄健康儿童的生理性增重0.17Kg/月。

缺铁性贫血的气血不足，也主要由脾运失健所致。用苍术、陈皮、皂矾等制成运脾养血散，治疗患儿91例，每服2—4g，1日2次，疗程2个月。治疗结果，显效26.4%，有效54.9%，无效18.7%。显著高于复方枸橼酸铁胺糖浆对照组的14.1%、54.1%、31.8%（P<0.05）。

运脾法则的实验研究

在运脾法治疗小儿脾胃病取得临床疗效的基础上，为了从现代药理学角度探讨其作用机理，又进行了一系列临床检验和动物实验研究。

运脾方药治疗的直接效应是增强胃肠道消化吸收功能。D—木糖吸收排泄试验是反映小肠吸收功能的指标。我们测定儿宝冲剂治疗的小儿厌食症脾运失健证患儿的尿D—木糖排泄率，治疗前为20.5±7.0%（n=42），治疗后为25.0±7.8%（n=28），显著上升（P<0.05）。小儿泄泻脾虚湿渍证患儿13例，应用前述散剂治疗，治疗前血清D—木糖吸收试验数值为9.21±4.15mg%，治疗后为15.50±5.87mg%，亦显著上升（P<0.001）。应用运脾养血散治疗的缺铁性贫血患儿尿D—木糖排泄率同样显著上升（P<0.01）。另外测定脾虚湿渍型泄泻患儿33例尿淀粉酶活性（温氏法），治疗后亦较治疗前显著升高（P<0.005）。

运脾方药对机体营养物质吸收的影响。用运脾养血散、复方枸橼酸铁铵糖浆治疗缺铁性贫血观察治疗前后血红蛋白（Hb）含量，运脾组（n=91）上升幅值显著高于对照组（n=85），P<0.05；红细胞内游离原卟啉（FEP）与血红蛋白的比值（FEP/Hb），治疗前运脾组高于对照组，治疗2个月后，两组已无显著差异。说明在纠正缺铁方面运脾组也优于对照组。小儿厌食症脾运失健证，用儿宝冲剂治疗前后测定头发多种矿物元素，结果微量元素铁、锌、钴、矾、锶、钛和宏量元素镁、钙均显著升高（P<0.05）；而浓复B液治疗的患儿，除钼显著降低（P<0.01）外，余均无显著变化（P>0.05）。

运脾方药还能促进免疫功能。小儿厌食症脾运失健证，服用儿宝冲剂治疗前后，测定两项指标：血淋巴细胞乙酸—α—萘酚酯酶（ANAE）标记，治疗前65.1±3.9%（n=64），治疗后68.6±3.3%（n=59），显著升高（P<0.001）。唾液SIGA含量测定，治疗前55±3mg/L（n=30），治疗后56±3mg/L（n=28），亦显著升高（P<0.05）。

另外，对儿宝冲剂进行了两项动物药理实验。一是将实验家兔在体回肠经乙酰胆碱作用后，使其运动增强，加入儿宝冲剂后，运动幅度降低；二是经阿托品作用后，使其运动幅度降低，加入儿宝冲剂后，运动幅度上升（均 $P<0.05$）。说明儿宝冲剂对于实验家兔在体回肠的运动幅度具有双向调节作用。又采用小肠吸收的外翻肠套法，以日立 835—50 氨基酸分析仪测定，研究儿宝冲剂对实验家兔离体十二指肠吸收氨基酸的影响。结果表明，儿宝冲剂有提高蛋氨酸、组氨酸、色氨酸、甘氨酸、赖氨酸和葡萄糖吸收率的作用（均 $P<0.05$）。

心　得

"脾健不在补贵在运"，是老师长期临床实践，根据目前儿科临床实际提出的重要观点，并由此提出了运脾治则在多种小儿脾胃病中的应用原则及具体方法，进行了一系列临床和实验研究，肯定了临床疗效，并通过实验从不同侧面初步揭示了其作用机理。

补脾益气主方四君子汤出自《太平惠民和剂局方》，随后儿科名医钱乙在方中增陈皮 1 味变成异功散。可见当时的儿科医家已经重视对小儿施补须佐以助运。现代小儿误补致疾、饮食失调损伤脾胃运化功能造成的脾运失健证在小儿脾胃病中日益增加，同时，小儿脾常不足，不耐壅补和峻泻，又有"脏气清灵、随拨随应"的特点，老师由此倡导运脾治则在儿科临床运用，是有实践意义的。

脾健贵在运的治疗原则，还要根据各种病证的具体情况，以及天时、地理、患儿体质特点灵活运用。如在东南卑湿之地用运脾化湿法；在西北高寒之地用温运脾阳法。厌食症多属脾运失健证，但对脾胃气虚或胃阴不足者，也要补、运兼顾，胃阴不足证则当注意养阴而不滋腻以免碍脾，又要助运而不温燥以免伤阴。又如泄泻，均有湿滞而导致运化失职，同时病机属性又有热、寒、实、虚的区别，须以运脾化湿法与清肠、祛寒、益气、温阳等法则同用。疳症中之疳气证，以调脾助运为主，脾运则健；而干疳证气血虚衰，则仍当以补为主，但也要佐以诱导开胃，以挽生机。

小儿脾胃病中，不少与某些营养成分的缺乏有关，如缺铁性贫血的缺铁，小儿厌食症的缺锌等多种微量元素。营养成分缺乏的原因有摄入不足、吸收和利用障碍、消耗和排泄增加等。单纯用缺铁补铁、缺锌补锌之类的补充疗法，只能解决摄入不足的问题，对其他环节则不起作用。运脾方药中均含有多种而不是单一的营养成分，因此也能直接补充一定数量的营养物质。例如，我们测定儿宝冲剂 30g 中含铁 5.35mg，可基本满足 3 岁儿童的生理需要（6.0mg）；而含锌 0.47mg、铜 0.27mg，则远低于 3 岁儿童生理需要量（锌 10.0mg、铜 1.0mg）。但从实验研究结果可以看出，运脾方药促进了消化吸收功能，进而使血红蛋白，头发铁、锌等元素含量显著增加。这就说明，运脾方药改善机体某些营养物质缺乏的机理，主要不在于直接补充营养物质，而是"助运"之后，增进食欲，增加食量，促进了机体对营养物质的吸收和利用。此外，还具有改善其他症状、增强免疫力等综合效应。这就充分体现了中医药辨证论治的特长和优势。

（汪受传）

刘弼臣　从肺论治小儿肾病综合征

肾病综合征简称肾病，在祖国医学中属水肿病的范畴。中医治疗本病，多从脾、肾论治，获得一定疗效。但是也有相当数量的患儿病情反复发作，迁延不愈。刘弼臣教授经过多年潜心钻研，提出了从肺论治小儿肾病综合征的方案。经临床验证，可明显提高临床疗效。现将近2年收治的22例资料总结分析如下。

一般资料

全部病例均系我院儿科住院患儿。22例患儿中男性14例，占63.6%；女性8例，占36.4%。男女之比为1.75:1。年龄最小的2岁6个月，最大的14岁。其中3岁以下者3例，占13.6%；3—6岁4例，占18.2%；6—9岁8例，占36.4%；9—12岁4例，占18.2%；12岁以上者3例，占13.6%。

病程最短的4天，最长的6年。其中1个月以内者2例，占9.1%；1个月—1年者12例，占54.5%；1至5年者6例，占27.3%；5年以上2例，占9.1%。

22例患儿中有2例为首次发病住我院，占9.1%。其余20例均在院外接受过激素治疗，占90.9%；20例中尚有1例在院外接受过免疫抑制剂治疗，占4.5%；有2例服用过昆明山海棠和雷公藤制剂，占9.1%。

临床表现

22例患儿均有明显的浮肿和少尿。其中血压增高者2例，占9.1%；肉眼血尿者2例，占9.1%；伴有鼻塞流涕者14例，占63.6%；伴有咽喉不利、声音嘶哑者3例，占13.6%；伴有咳嗽喉中痰鸣者8例，占36.4%；伴有面色㿠白、汗多者2例，占9.1%。

实验室检查

22例患儿均有大量尿蛋白，其定性均在＋＋＋—＋＋＋＋号之间，定量>0.1g/Kg/d。其中16例血浆总蛋白＜5g/di，白蛋白＜3g/dl，占72.7%。7例胆固醇＞230mg/dl，占31.8%。2例尿素氮＞17mg/dl，占9.1%。血肌酐均在正常范围。1例肾图排泄延缓，占4.5%。

疗效标准

1、显效　服药1个月浮肿消退，尿蛋白转阴，血浆蛋白及胆固醇均恢复正常。

2、有效　服药2个月浮肿基本消退，尿蛋白减少＋＋号以上，血浆蛋白明显升高，胆固醇明显降低。

3、好转　服药2个月浮肿有所减轻，尿蛋白减少＋号以上，血浆蛋白有所升高，胆固醇也有所降低。

4、无效　服药2个月浮肿及各项化验指标仍均无改善者。

治疗方法

原来服用激素者，仍继续服用，剂量不变。原来服用的其它一切西药一律停止服用。改用中药汤剂口服。

1、基本方药　玄参 10g，板兰根 10g，山豆根 5g，鱼腥草 15g，车前草 15g，倒叩草 15g，益母草 15g，灯蕊草 1g。

2、方解　本方是刘弼臣教授在其独创的鱼腥草汤本础上，经过进一步加减化裁而成。方中玄参、板兰根、山豆根清利咽喉，使肺之门户得清。鱼腥草、车前草清肺利尿消肿。益母草活血利尿消肿。灯蕊草通利膀胱，利尿消肿。倒叩草清肺利咽，化浊消肿。诸药合用，共奏清肺利咽，利尿消肿之功效。

3、临症加减　临症时突出辨证论治的原则，根据肾病综合征患儿所兼夹的症状进行加减化裁。兼鼻塞流涕者加辛夷 10g，苍耳子 10g。兼咽喉肿痛者加锦灯笼 10g，青果 10g。兼声音嘶哑者加蝉衣 3g，钩藤 10g。兼咳嗽有痰者加桑白皮 10g，地骨皮 10g，南沙参 10g。兼表卫不固而汗多者加生黄芪 15g，防风 10g，炒白术 10g。水肿较重者加桑白皮 10g，茯苓皮 10g，生姜皮 1g。

4、服药方法　全部病例均采用中药汤剂口服，每日服 1 剂，分多次服用以利小儿服药，当日服完。

治疗结果

22 例患儿治疗后浮肿消退 15 例，占 68.2%；浮肿明显减轻 5 例，占 22.7%；浮肿有所减轻 2 例，占 9.1%。尿蛋白转阴者 17 例，占 77.3%；尿蛋白减少＋＋号以上者 3 例，占 13.6%；尿蛋白减少＋号者 2 例，占 9.1%。16 例血浆蛋白低者治疗后转为正常者 11 例，占 68.8%；血浆蛋白增加者 5 例，占 31.3%。7 例胆固醇增高者治疗后转为正常者 6 例，占 85.7%；胆固醇降低者 1 例，占 14.3%。伴有氮质血症的 2 例患儿治疗后均有明显好转。

其它兼证治疗前后变化情况请详见下表。

兼夹症状	治疗前(例数)	治疗后(例数)		
		正　常	改　善	无变化
咽红肿痛	21	18	3	
鼻塞流涕	17	15	2	
咳嗽有痰	14	11	3	
声音嘶哑	5	3	2	
表虚多汗	6	4	2	

根据疗效标准判断，22 例患儿显效 15 例，占 68.2%；有效 4 例，占 18.2%；好转 3 例，占 13.6%。全部病儿均好转出院。平均住院天数 47.86±28.66 天。

病案举例

患儿吴某某，男性，5 岁 6 个月。患儿于 1990 年春节期间出现咽红肿痛，尿量减少。2 日后出现颜面浮肿，并迅速加重，数日后双下肢及阴囊出现水肿。前往武汉市儿童医院，确诊为肾病综合征。经使用抗生素，利尿药及激素治疗。强的松每次服 10mg，日服 4 次。经住院治疗 2 个月浮肿有所减

轻，尿蛋白转为++号。出院后强的松改为地塞米松口服。尿蛋白及浮肿均未减轻。2年多的时间内，患儿多次出现反复，病情加重，浮肿加重，尿蛋白增加到++++。分别于1991年的7月、9月、11月在武汉市同济医院、儿童医院住院治疗。但激素量始终未能减少，尿蛋白一直持续在++—+++之间，浮肿时轻时重。1992年5月中旬，患儿浮肿再次加重，尿蛋白增至++++。因慕刘教授之名，于1992年6月3日来我院儿科住院治疗。

患儿入院时颜面肿胀，咽红；扁桃体肥大Ⅰ°，未见分泌物；心、肺(—)；腹部膨隆，腹围66厘米，移动性浊音(+)；阴囊水肿，双下肢有凹性水肿；纳可，小便量少，每日约100ml；脉弦滑。实验室检查：尿蛋白++++，血浆总蛋白3.6g%，白蛋白1.0g%，球蛋白2.6g%，胆固醇639g%，肌酐0.2mg%，尿素氮4mg。

证属外邪困肺，不能通调水道则水液泛滥而发水肿。治宜清咽泻肺，利水消肿。外方：玄参10g，板兰根10g，山豆根5g，鱼胆草15g，车前草15g，益母草15g，倒叩草15g，灯蕊草1g，猪苓10g，大腹皮10g，生姜皮1g。

二诊 1992年6月16日。药后浮肿明显减轻，腹胀减轻，尿量增加接近正常。查体：咽仍红，扁桃体Ⅱ°，未见分泌物；舌质淡、苔薄白；腹围64厘米；阴囊水肿已消，下肢浮肿不明显，身体有汗。实验室检查：尿蛋白±号，血浆总蛋白3.4g%，白蛋白1.1g%，球蛋白2.3g%。

上方去猪苓，加生黄芪15g以补气固表。

三诊 1992年6月29日。药后浮肿完全消退，但咽喉不利，声音嘶哑，肢体有汗。查体：咽部稍红而少津，舌红、苔薄；腹平软，腹围62cm，移动性浊音(—)，脉弦滑。实验室检查：尿蛋白(—)，血浆总蛋白4.9g%，白蛋白2.4g%，球蛋白2.5g%。

此为利尿后阴液受损，不能濡润咽喉则声音嘶哑。治当去利尿之灯蕊草、大腹皮、生姜皮以防利尿太过；加蝉衣3g，钩藤10g，凤凰衣10g以增清咽利喉之功。

四诊 1992年7月15日。药后病情平稳，浮肿无反复，声音已转正常，但仍汗多。查体：面色红润，咽稍红，舌淡红、苔薄白，脉滑。查尿蛋白(—)。

上方去蝉衣、钩藤、凤凰衣。加防风10g，炒白术10g以益气固表止汗。

五诊 1992年7月28日。入院后病情逐渐好转，浮肿无反复，汗有所减少。查体：咽稍红，舌淡红、苔薄白，脉仍滑。实验室检查：尿蛋白(—)，血浆总蛋白6.0g%，白蛋白3.6g%，球蛋白2.4g%，胆固醇159mg%。

继用上方以清咽泻肺为主，固表止汗为辅。

患儿服止方后汗症已解，病情稳定，浮肿未再发生，尿蛋白一直为(—)。于1992年8月14日出院。带药回家继服，以固疗效。

按　语

刘弼臣教授认为小儿肾病综合征与感受外邪有密切的关系。为外邪困肺，肺气不利，不能正常通调水道面致水液泛滥所发病。

祖国医学认为，水有三源：肺为水之上源，脾为水之中源，肾为水之下源。并认为水肿病其本在肾，其制在脾，其标有肺。刘弼臣教授根据这一传统的中医理论，结合小儿的生理和病理特点认为，小儿肾病综合征与成人有明显的区别。小儿为稚阴稚阳之体，脏腑骄嫩，形气未充，藩篱不固，卫外机能差，易受外侵侵袭。肺为五脏之华盖，其位最高，主皮毛而司呼吸，开窍于鼻。外邪无论由口鼻而入，还是由皮毛而入，必先侵犯于肺。因此小儿肺脏受外邪侵袭的机会远比成人要高得多。而肾病综合征的发病率也比成人高。同时已患肾病综合征的小儿肌体更加虚弱，抵抗力极低。一旦天气

稍有变化，或调护稍有不当即被 外邪所侵。正所谓“邪之所凑，其气必虚”，感受外邪后往往导致肾病综合征的复发。所以刘教授认为，肺脏在小儿肾病综合征中所占的地位比脾、肾要大得多。这一点与成人肾病综合征有很大的区别。从我们统计的情况看，也证明了这一点。22 例患儿中，绝大部分程度不同地伴有肺系症状。

从肺论治小儿肾病综合征首先是清除肺脏中的外邪，恢复肺脏通调水道的功能，达到消除水肿的目的。清除肺脏的邪气，就等于切断了邪气内传脾、肾的通路。使脾、肾不被邪气所侵而发挥其水液代谢的正常功能，达到正本清源，消除水肿之目的。刘教授特别强调清肺务要彻底，以防邪气深伏，一遇机会则死灰复燃而使病情反复。清肺的关键是清利鼻咽，使肺之门户得清，抵抗外邪的功能增强。邪气不能深入于肺，则肺的通调水道功能正常而不发水肿。

刘教授提出的从肺论治小儿肾病综合征，并不是单强调肺，而置脾、肾于不顾。在病情中，只要见到脾、肾二脏之症状，必加用适当的药物兼顾之。尤其到了疾病后期或病程较久的病例，脾、肾二脏虚象明显者，则多用健脾补肾之法以治之。因此从肺论治小儿肾病综合征是以治肺为主，兼顾脾、肾。维护肺、脾、肾三脏调节体内水液代谢的功能，促进小儿肾病综合征的早日康复。

（徐荣谦）

李少川　　治疗小儿癫痫的研究

癫痫是儿科常见病之一，据我国六省市居民初步调查，其发病率占人群的4.6‰，其中儿童的患病人数约为成人的10倍以上，成人癫痫患者的初次发作年龄70—80%是在儿童期。因此，做好小儿癫痫病的防治工作，具有十分重要的意义。

癫痫一证，古今医家多以痰浊立论，有"无痰不作痫"之说，临床主张使用豁痰、祛痰之法治疗。李少川教授认为小儿癫痫是以正虚为本、痰气逆乱为标，脾虚痰伏、痰气上逆为其主要病理机制，因而提出扶正健脾、顺气豁痰祛治疗小儿癫痫的学术思想。10余年来，在癫痫专科门诊收治小儿癫痫421例，疗效显著，在此基础上我们进行了该法的动物实验观察，探讨其作用机理，体会到李氏治疗小儿癫痫具有如下三个特点。

一、祛痰浊、降逆气，提高机体惊厥阈。

痰浊内伏是小儿癫痫发病的主要病变基础。如朱丹溪所言："痫证有五……无非痰涎壅盛，速闷孔窍"。沈金鳌云："然讲痫症，莫不有痰"等等，然而李氏认为，痰浊内伏，若无逆气引动，尚不能导致癫痫发作，只有痰随气逆，上蒙清窍，横窜经脉，方可神昏、抽搐之症，因此痰气逆乱为痫证发作之病机关键。《景岳全书·癫狂痴呆》曾指出："凡气有所逆，痰有所滞，皆能壅闭经络，格塞心窍，故发则眩晕，僵仆，口眼相引，目睛上视，手足搐搦，腰脊强直，食顷乃苏，此其倏病倏已者，正由气之倏逆倏顺也"。故气逆痰扰则痫作，气顺痰静则痫止，顺气豁痰是其治疗之大法。临床用药除石菖蒲、胆南星等豁痰开窍外，尚有陈皮、沉香、枳壳等，取其行气降气之功。从而达到治痰先理气，气顺痰自消，痰消风自灭的目的。李氏用此法为主制成的成药——抗痫胶囊治疗小儿癫痫421例，总有效率为83.37%，其中对大发作、小运动型发作、局限运动性发作效果尤佳。此外，我们对长期服药的105例患儿进行随访观察，其中完全控制发作者48例，占45.71%，发作次数减少50%以上者43例，占40.95%，总有效率达86.67%，由此可见，长期服药疗效更著。

从脑电图变化来看，65例服药前脑电图异常者，有50例于治疗12个月后复查，其中43例显示癫痫异常放电得到改善。在临床完全控制发作的28例中，27例脑电图明显好转，其中8例异常放电完全消失。

在动物实验中我们发现，此药可明显提高机体的惊厥阈，其拮抗最大电休克，戊四唑惊厥和士的宁惊厥的作用与对照组相比疗效显著，$P<0.05$。在与西药对比的实验中看到，抗痫胶囊的抗惊厥作用与苯巴比妥、苯妥英钠无显著性差别$P>0.05$，但不及硝其安定$P<0.05$。此外，抗痫胶囊能明显抑制角膜电击后小鼠脑内r—氨基丁酸(GABA)含量降低，其GABA含量与正常组相比，无显著差异$P>0.05$。抗痫胶囊有明显的拮抗小鼠"精神运动性"电惊厥作用，对小鼠谷氨酸钠发作亦有非常显著的抑制作用，$P<0.01$。在这方面抗痫胶囊与丙戊酸钠、卡马西平作用相近，无显著性差别，$P>0.05$。综上所述，临床观察及动物实验均证实抗痫胶囊有提高机体惊厥阈的作用。

二、健脾胃、扶正气，增强患儿抵抗力。

李氏认为痰邪虽为致痫的直接因素，但究其来源，不外乎是脾胃功能失调而致。小儿脏腑娇嫩，形气未充，固有"脾常不足"的生理特点，加之乳食不知自节，冷热不知自调，多易伤脾。脾之用主运化，脾胃损伤则运化失常，津液不得输布，而水湿相聚成痰，正如《幼幼集成》所言：小儿痫证"只因中气素弱，脾不运化，则乳食精微不化荣而化痰"。此痰湿又易困脾，使脾气失升，胃失和降，而碍一身气机升降之用，气机运行不畅，必然加重痰浊的滋生，《医学入门·痫》所论："化痰必先顺气，顺气必先调中"，此之谓也。再者，痫证之痰的生成，还与先天因素有关，先天因素不外胎弱、胎疾两个方面。胎弱致痫主要是指胎儿父母素弱，影响胎儿的孕育、生长，使其禀赋不足，脾阳虚衰，易于聚湿生痰。胎疾致痰则主要是言胎儿于母腹中时，其母或为六淫所害，或为七情，饮食劳倦所伤，从而影响胎儿，致使阴阳失和，气机逆乱，痰浊内生。由此可见，痫由痰致，痰自脾生，脾虚痰伏是小儿痫证的主要病因之一，因此，李氏在治痫中多加以太子参、茯苓、陈皮、半夏等，仿六君子汤意，以顾其脾。推测其理，有以下 4 点：(1)绝其生痰之源，"惟起健脾补中为主，久服痰自不生，痫自不作矣"(《幼幼集成》)。(2)条达枢机，使脾升胃降，水湿不得凝聚。(3)补后天而实先天，以扶正固本，调其真元。(4)实土抑木，土衰木旺为小儿痫证的特征之一，故补土可使金生，金生可克木旺，正如《兰室秘藏·小儿门》所云："风木必克脾胃，当先实其土后泻其木。"

自从 Walker1969 年提出从免疫学角度研究癫痫以来，癫痫与免疫的关系日益受到国内外学者的关注。据近年文献报道，部分癫痫患儿在服用抗癫药物之前或服药后，机体存在着免疫功能的障碍，表现在血清免疫球蛋白的降低和细胞免疫力的低下。由于免疫功能的异常，机体的抗病能力下降，从而易于罹患各种感染性疾病。其中以上呼吸道感染最多，临床以高热为突出表现，高热又是诱使癫痫患儿发病原因之一。因而形成了癫痫——免疫功能降低——呼吸道感染(高热)——癫痫复发，这样一个恶性循环。在临床治疗癫痫时，如果只重视镇惊、熄风，而忽视提高机体的免疫功能，则无法打破上述循环，必将影响小儿的生长发育和治疗效果。李氏在治疗中加用益气健脾之品，对于打破上述恶性循环，改善患儿"虚"证体质，具有明显的疗效。据临床观察结果来看，服用抗痫胶囊的患儿，呼吸道感染次数较前明显减少，$P<0.01$。动物实验表明，抗痫胶囊可显著提高巨噬细胞的吞噬功能，其吞噬率及吞噬指数与对照组比较，均有非常显著的差别，$P<0.01$。

此外，小儿上呼吸道感染 90%以上是由病毒所引起的，抗痫胶囊能有效地抑制患儿呼吸道感染，除提高机体免疫功能外，是否还与抗病毒的作用有关?为此我们进行了该药的抗病毒实验研究。结果提示：此药抗病毒作用明显，表现在：(1)可直接杀灭滤泡性口腔炎病毒(VSV)；(2)在 VSV 攻击下对 L929 细胞有治疗作用；(3)可抑制 VSV 的复制和繁殖。由此可见，抗痫胶囊不仅可提高机体惊厥阈，而且还有扶助正气，固护卫表，增强机体抵抗力的作用，从而达到减少癫痫复发，巩固疗效的目的。

三、药性平、配伍当，长期服用身体壮。

古今医家治疗痫证，多用全蝎、蜈蚣等虫类止痉之品，此类药物虽疗效较好，但大多含有不同程度的毒性，对于需长期服药的患儿，多有蓄积中毒之弊。因此李氏选用治痫之药，多有性味平和，无毒之味，经临床 421 例患儿服药后观察，未见任何不良反应。为此我们进行了大鼠亚慢毒性实验，结果显示：动物血象与肝肾功能均未受影响，取动物的心、肝、脾、肺、肾、胃及肠进行检查，亦未发现任何病理改变。

痫证的传统治法，有人认为发作期侧重豁痰熄风，缓解期(或间歇期)多以扶正固本。然而李氏

认为小儿癫痫的发作、缓解二期不能截然分开，频繁的发作，易于耗伤气阴，每多形成虚弱之体，此时单纯使用豁痰熄风之药，往往效果欠佳，或只能取效于一时，所以主张扶正豁痰法用于治疗癫痫的全过程，才能取得事半功倍之效。经动物实验证实，扶正中药也有不同程度的抗惊厥作用，例如将抗痫胶囊中的扶正药物提出，进行戊四唑惊厥实验，其抗惊厥率为55.4%，与对照组相比差异显著$P<0.05$。由于在治痫药物中注意使用扶正之品，患儿常服此药后面色红润、体重增加，食欲旺盛，患病次数大为减少。值得提出的是李老在治痫中，不仅选药精，而且配伍得当，其证治思想除着眼于豁痰熄风，调理脾胃，标本兼顾外，同时还注意到各个脏腑之间的相互关系，常于扶正祛痰之中，佐使一些疏风通络、活血化瘀、安神定志、消食化滞之味，既考虑到本经自病，也顾及到贼邪所伤，从而取得比较理想的效果。

本文经421例临床资料总结，系统介绍了李少川教授治疗小儿癫痫的主要学术观点及证治规律。并经过大量动物实验，阐明其用药的作用机理及理论上的升华，对继承和加深理解李老治痫经验，以及今后多层次、多角度研究小儿癫痫，具有一定的参考价值。

（马　融）

王　烈　　治小儿哮喘的经验与新药研究

小儿哮喘证治经验探析

哮喘一证从古到今论述颇多，治疗亦大同小异，无外乎发作时辨寒热虚实，治以降气止喘为主，缓解时以调理脾肾为宜。王烈教授循古之理，结合自己几十年临床经验提出："小儿哮喘须三期分治，要在活血化瘀"。

发作期证治

哮喘发作期是以小儿喉间哮鸣、气促为著，甚则喘憋作坑不得卧，双肺满布哮音。王烈教授认为此为"哮"与"喘"之综合征。多属邪气实。其病理为"气壅、血瘀、痰阻"。气壅乃为肺气壅塞，气机不利逆于上，宣肃失司，致喘、哮气急；气血互根，息息相关，肺气失调，血脉瘀阻而不畅；气机不畅，水液不行，聚而成痰，痰瘀交结，合而为祟，痹阻气道，循环往复，因果互依，哮喘必重。故王烈教授指出"哮喘之变，气血痰"。治疗上他循常理而又不守常理，在用止哮平喘的同时强调用活血化瘀之品。自拟小儿止哮汤，方由苏子、地龙、前胡、白屈菜、川芎、苦参、桑白皮、刘寄奴、黄芩组成。方中苏子、桑白皮有通宣泻肺、降逆止喘之功；地龙、白屈菜有开肺解痉镇咳之力；苦参、黄芩、前胡有泻肺清热止咳之效；川芎、刘寄奴有活血通络之用。方中一宣一降，一清一活，配伍甚妙，使哮喘发作所致气壅逆于上，血瘀于内，痰阻于窍络的病理状态得以改善，使肺络通，治节复，哮喘止，诸药共奏止哮平喘之功。

小儿哮喘发作时变化多端。临证偏于寒者王烈教授多加麻黄、细辛、杏仁；偏热者多加葶苈子；喘甚重用苏子；哮甚重用地龙；哮久多瘀重用川芎，加桃仁；喘憋伴便秘者则采用盛者下之，多用莱菔子以降气豁痰，消导通便；稍重者加枳实，干结者加用番泻叶，以清大肠而泻肺止喘。每10日为1疗程。临证观察小儿哮喘性支气管炎300例，于哮喘发作时服用小儿止哮汤加减，4日喘憋喉鸣缓解，8日内病情稳定，总有效率达95.7%。

缓解期证治

小儿哮喘发作经1至2疗程的治疗，症状平稳，稍咳、不喘、伴痰，双肺听诊以痰鸣音为主，即进入哮喘的缓解阶段。王烈教授认为认为此时的主证为痰盛。治疗得当，痰除病去，治疗不当，痰阻窍道，气逆于上，喘憋哮鸣即刻可作。故他又将此阶段命名为"哮痰"，多以虚、实而论。虚痰多用益气化痰之法，方由党参、苏子、清夏、桔红、茯苓、芡实、牡蛎组成；实痰采用降气化痰之法，方由苏子、前胡、地龙、葶苈子、清夏、射干、海浮石组成。随证加减，10天为1疗程。

小儿哮喘缓解期的治疗是关系到哮喘转归的关键。在治疗上无论是用清肺降气化痰法还是益气健脾除痰法，王烈教授始终强调此阶段重在除痰的同时，应注意行气、活血。因为痰乃津液所化，行则为液，聚则为痰。故气行则水亦行，痰湿自去，血活则瘀散，窍道脉络自通，方有利于气机。气机

得畅，哮喘自平。故他多选用川芎、当归、莱菔子、沙参、枳壳等行气、活血化瘀较柔和之品随症加减。多数病例于用药后1至2周痰去，咳止，双肺痰鸣音消失。

恢复期证治

哮喘一证经治疗后，哮止、痰去、咳停，病情稳定，王烈教授将此时称为哮喘的恢复期。并认为哮喘稳定后重在治本，防止复发，这往往比治标止哮平喘更困难。虽血瘀、气痰壅塞之实邪已去而哮止痰除，咳停，但气虚之象尚存，小儿稍动则气促、多汗，若有感寒、伤热等因素可致哮喘即刻便作。因此，王烈教授指出"哮易止，根难除，故治哮必防哮，防哮必固本"。这是哮喘治疗成功与否的关键。故他自拟小儿防哮汤，方由黄芪、熟地、当归、女贞子、补骨脂、五味子、玉竹、牡蛎、山药组成。此方有调阴阳、和气血、健脾肾，益气固本之功。他强调恢复期的疗程不可短于前两期。凡进入此阶段治疗的小儿，服药时间应维持四周。

哮喘新药小儿治哮灵

王烈教授综合古今之经验，结合自己多年临症治小儿哮喘的经验，精心设制了小儿治哮灵，方由苏子、地龙、麻黄、苦参、刘寄奴、白藓皮、黄芩、射干等十五味组成。

小儿治哮灵的药理研究

1. 小儿治哮灵对组织胺加乙酰胆碱所致豚鼠哮喘作用的影响　将经过筛选的10只豚鼠随机分为两组。一组为对照组，二组用10g/Kg小儿治哮灵给豚鼠灌胃，1日1次，间隔4小时。末次给药1小时后将2%组织胺加1%乙酰胆碱雾化。令10只豚鼠吸入2分钟后观察12分钟，以豚鼠出现躺倒为哮喘反应阳性。其结果见表1。

表1　服治哮灵豚鼠与对照组豚鼠的哮喘反应率

组　别	动物数(只)	哮喘发生率(%)	P
生理盐水10ml/Kg	5	100	
小儿治哮灵10ml/Kg	5	0	<0.05

结果表明：两组差异显著(P<0.05)，说明小儿治哮灵明显的平喘止哮之功。

2. 小儿治哮灵对二氧化硫致小鼠咳嗽作用的影响　将30只小鼠随机分为三组。一组为对照组，二、三组分别用10g/Kg和5g/Kg小儿治哮灵灌胃，每日1次，连续给药两日，末次给药后一小时将自制二氧化碳10毫升注入广口瓶中，并将实验的30只小鼠移入广口瓶内，2分钟后，待小鼠出现咳嗽反应即取出观察5分钟内的咳嗽次数。其结果见表2。

表2　服治哮灵小鼠与对照组小鼠咳嗽次数的比较

组　别	动物数(只)	咳嗽次数±SE	P
生理卜盐水20ml/Kg	10	217.87±30.81	
小儿治哮灵10g/Kg	10	198.25±21.58	>0.05
小儿治哮灵5g/Kg	10	142.00±16.91	<0.05

结果说明小儿治哮灵对二氧化硫所致的咳嗽具有抑制作用。

3. 小儿治哮灵毒性试验　对小儿治哮灵进行了急性和亚急性毒性的试验。急性毒性试验将小儿治哮灵按 100g/Kg，给小鼠灌胃，观察 48 小时，无发生死亡，且饮食、活动、毛色均正常；亚急性毒性试验将体重 100 至 130g 雄性大鼠 18 只随机分为对照组，按 30g/Kg 灌小儿治哮灵组和按 15g/Kg 灌小儿治哮灵组。每日给药 1 次，连续用药 21 天，末次给药后 24 小时称小鼠体重，并处死取血，测血常规及肝、肾功能，对心、肝、脾、肺、肾做病理切片。结果表明，给药的两组小鼠的血常规和肝肾功能无明显改变，心肝脾肺肾的病理切片与对照组亦无明显差异。说明小儿治哮灵的安全度很高。

与此同时还对小儿治哮灵进行了戊巴比妥钠睡眠时间的影响、酚红排泄、解热作用和自发活动试验，结果均说明小儿治哮灵不但可止哮平喘、镇咳、镇静，同时又有明显的解热和增加酚红排泄(即祛痰)之功。

小儿治哮灵的临床观察

小儿治哮灵经过药理试验后，在长春市三个医疗单位进行了 464 例临床验证。其中男性 276 例，女性 188 例。

年龄：1 岁以内 97 例，1—3 岁 235 例，3—6 岁 84 例，9 岁以上 48 例。

病程：从起病到本组治疗前的病程，10 日内 49 例，11—20 日 40 例，21—30 日 51 例，1—3 个月 61 例，3—6 个月 42 例，6—9 个月 11 例，9—12 个月 98 例，1 年以上者 112 例。

临床表现：主症哮喘，全部病例均有不同程度的哮喘症状，多数病例伴咳嗽、痰壅、乳食少、夜卧不宁，大便干、小便黄等症。

病史：本组统计 464 例中，哮喘发作两次以上者 378 例，家族三代内有哮喘病史者 86 例，青霉素试敏阳性者 117 例，其中曾服中药治疗者 11 例，曾服西药者 169 例，曾中西药同服者 196 例，均未收到显著疗效。

体格检查：多数患儿伴神烦、气促、喉鸣、面赤、舌苔多数薄白，少数薄黄，舌质淡红，脉数有力，肺部听诊以哮鸣音为主，部分病例伴有湿罗音。

理化检查：158 例胸部 X 线透视，除 20 例可见肺纹理增强外，均属正常。172 例做血常规检查，其中白细胞偏高者 136 例，嗜酸细胞增高者 4 例，余者正常。

临床诊断：全部病例均为小儿哮喘的发作期，辨证均属热哮。其中支气管哮喘 107 例，哮喘性支气管炎 339 例，急性毛细支气管炎 18 例。

药物服法与用量：小儿治哮灵每片 0.1g，3 岁以内小儿每次服 0.2—0.4g，3—6 岁每次服 0.4—0.6g，6—12 岁每次服 0.6—0.8g，12—14 岁每次服 0.8—1g。1 日 3 次，于饭前口服。

疗效判定：哮喘与肺部罗音均消失者为治愈；哮喘减轻，肺部体征减少者为好转；经 1 疗程诊治，哮喘与肺部体征仍无明显改善者无效。结果见表 3。

表 3　　464 例患儿服小儿治哮灵的治愈情况

类别	单　位	例数	治愈(%)	好转(%)	无效(%)	总有效率(%)
预测	长春中医学院附属医院	80	52(65)	23(28.75)	5(6.25	93.75
观察	长春中医学院附属医院	150	74(49.3)	63(42)	13(8.7)	91.3
	第一汽车制造厂医院	102	70(68.6)	21(20.6)	11(10.8)	89.2
验证	白求恩医大一院	60	37(61.6)	17(28.33)	6(10)	90

对比	长春中医学院	72	34(47.1	31(43.1)	7(9.7)	90.3
合计	5组	464	267(57.5)	155(33.5)	42(9)	91

在治愈的病例中支气管哮喘占 69 例,哮喘性支气管炎 189 例,急性毛细支气管炎 12 例,平均治愈时间为 10.3 天。

王烈教授的此项研究不仅为治疗小儿哮喘增加了一种简便、易服、效优、安全的新药,同时也是王烈教授终生研治小儿哮喘经验的心血结晶,为哮喘的防治提供了新理论,开拓了新方药。

(李宏伟　安笑然)

廖浚泉　　婴幼儿腹泻的辨证论治

婴幼儿腹泻是小儿发病率极高的疾病，夏秋两季发病较多。现代医学常按其病情轻重及全身中毒情况分为单纯性消化不化和中毒性消化不良两种。祖国医学认为，小儿"脾常不足"，加之寒暖、饮食不能自调，无论六淫外感、乳食内伤，或脾肾虚寒，皆可致精华之气不能输化而发生本病。如《小儿卫生总微论方》云："小儿吐泻者，皆由脾胃虚弱，乳哺不调，风寒暑湿，邪干于正所致也。"若病情严重或治疗不当，则易伤津亡阳，甚至危及生命。若迁延日久，对小儿生长发育影响极大，不仅诸疳由此形成，且易招时邪侵袭，疾病接踵而至，救治颇难。

廖浚泉老师对婴幼儿腹泻的辨证，关键是对两个性质、三个症状的鉴别判断。两个性质是寒与热，三个症状是泄泻、发热、口渴。

一、泄泻必视性状。注意观察粪便性状，对疾病的鉴别、性质的判断，都是很必要的。《景岳全书·小儿则·论泻痢粪尿色》云：盖饮食入胃化而为粪，则无有不黄，无有不臭者，岂得以黄色而酸臭者，其色必深黄而老苍，方是全阳正色。若纯黄不苍，而粪有嫩色、则胃中火力便有不到之处。再若淡黄则近白矣。近白之色，则半黄之色也，粪色半黄，则谷食半化之色也，粪气酸腥则谷食半化之气也，谷食半化则胃中火力盛衰可知也。若必待粪色青白气味不臭，然后为寒，则觉之迟矣。但以粪色之浅深，粪气之微甚，便可别胃气阳和之成色。智者见于未然，而况于显然乎。余故曰：古人以粪黄酸臭为火者，大误也。临床所见，婴幼儿腹泻属热者，多泄泻急迫，热臭、灼肛，由急性肠道感染引起者多见此证。属寒者，多水泻呈蛋花样，色黄绿，澄彻清冷，微腥不臭，常伴三阴寒化证候。

婴幼儿腹泻还应注意与痢疾作鉴别。临床所见，泄泻多是大便稀溏，倾泻而出，便次增加，痢疾则脓垢杂下，里急后重，圊后不减，若进行大便常规检验或培养，则腹泻的病因诊断更易一目了然。

二、发热须究原因。婴幼儿腹泻临床辨证因发热难分表里寒热虚实者屡见不鲜，须掌握禀赋强弱及疾病新久，婴幼儿腹泻由寒湿伤中所致者，发热恶寒，脘闷泛恶，腹痛肠鸣水泻、舌苔白腻，脉濡。外感暑热者，多壮热烦渴，气促汗出，舌苔微黄腻，脉滑数。湿热互滞者，大便多暴注下迫，或溏而臭秽。伤食发热者，多腹痛泻下酸臭，嗳腐厌食。以上诸证，当乘其病气未深，脏气未败，因势利导，驱邪外出，以达表解里和之效。

禀赋不足，特别是哺乳期患儿，稚阴易损，稚阳易伤，患腹泻虽也可见发热之症，由于病变重心在脾胃（尤其脾肾虚寒者如此），治疗法则应以救里为主。如张景岳说："凡脾气稍弱，阳气素不强者，一有所伤，未免即致泄泻，此虽为初病，便当调理元气，自非强盛偶伤者之比。"此类泄泻，熟谙六经辨证方法尤显重要。

三、口渴要知常变。以常理而论，口渴否，可辨里热之有无。如《伤寒论》云："下利，欲饮水者，以有热故也……"，"自利不渴者，属太阴，以其脏有寒故也……"。也有特殊情况如"少阴病，欲吐不吐，心烦，但欲寐，五六日自利而渴者，属少阴也。虚故引水自救，若小便色白者，少阴病形悉具。小便色白者，以下焦虚有寒，不能制水，故今色白也。婴幼儿腹泻，勿论疾病新久，由于脾失健运，津液无以输布，三焦气化不利，水液偏渗大肠，津液丢失，皆可致口渴而小便不利，以此鉴别疾病寒热性质，难

免偏见。《景岳全书·小儿则·论泻痢粪尿色》云："凡大便泻痢者，清浊既不分，小水必不利。小水不利，其色必变，即清者亦常有之，然黄者十居八九，此因泻亡阴，阴亡则气不化，气不化则水涸，水涸则色黄不清，此自然之理也。使非有淋热痛涩之证而但以黄色便作火治者，亦大误也。"因此，婴幼儿腹泻之口渴与小便不利，有暴注新病，形气强壮，实热闭涩，与病久伤津，形虚气弱，脉证多寒之不同，唯能合色脉可以万全。

综上所述，廖老师对婴幼儿腹泻以两个性质、三个症状的辨证方法，玄关妙理，融贯古今。对其治疗，则赞誉陈修园《医学三字经》言简意赅的总结，即"湿气胜，五泻戊，胃苓散，厥功宏。湿而冷，萸附行；湿而热，芩连呈；湿夹积，曲楂迎；虚兼湿，参附苓；脾肾泻，近天明，四神服，勿纷更。"兹结合其治疗经验归纳如下。

解表和中，理气化浊法。

适宜于外感风寒，内伤湿滞，腹痛肠鸣，泄泻稀水，色黄呈旦花样，胸闷泛恶，或见发热恶寒，头痛身困表寒证，舌苔白腻，脉濡者。处方：

藿香6g、苏叶6g、苍术10g、厚朴6g、陈皮6g、神曲6g、茯苓10g、生姜2片。加减法：呕吐加半夏6g、黄连2g；泄泻小便短少加猪苓10g、车前子5g；腹痛加木香3g、砂仁4.5g。成方可选藿香正气散，口渴小便不利可用胃苓汤，食积停滞者可用保和丸。

此法临床运用较广，大旨乃取平胃散祛湿行滞为主，寒湿多佐温利。如平胃合五苓，暑湿多佐清下，如平胃合香连、六一、小承气，湿邪夹风则多佐辛散、侧重自不相同。受东垣脾胃学说影响，后世医家选用羌独活、防风、白芷、葛根、升麻、柴胡等药物于燥湿健脾方中，而有"风能胜湿"说，"升举清阳"说，散肝悦脾"说。盖《素问·咳论》云："人与天地相参，故五脏各以治时感于寒则受病，微则为咳，甚者为泄为痛。"可知形寒饮冷，伤肺者轻而伤脾者重焉。而此类药物大多辛香温散，其浓郁之气，既可外开皮毛、泄肺气而通腠理，解表疏邪，又能宽中快膈，醒脾开胃，解郁结而利气滞。柴葛升麻轻清升散，解肌退热功效甚宏，又是升阳举陷妙品。这一类药物的异类相使配伍，俾药物个性之长与外方合群之妙融合一体，增强了调畅气机，合力祛邪的功能，为中医治疗脾胃病之一大特色。

温中散寒，和胃镇痉法。

适宜于婴幼儿呕吐频作，或泻下不消化物，腹痛，惊啼不安，面黄山根筋青，舌苔白腻者。处方：

藿香5g、公丁香10粒、半夏6g、白术10g、全蝎2个、灶心土30g(烧红淬水煎药)。加减法：乳食积滞加炒麦芽10g；腹痛加毕拨1.5g；水泻小便短少加上肉桂3g，茯苓10g；脾阳虚，寒湿盛加附片10g、干姜3g。成方可选用香砂六君汤、理中汤等，吐泻形瘦，腹部膨胀可用益黄散。

此方由《幼科杂病心法要诀》定吐丸加藿香、白术、灶心土组成，是婴幼儿幽门痉挛、消化不良的常用方剂。

解肌退热，清热利湿法。

适宜于外感暑湿，湿热互滞，暴注下迫，色黄气臭，或溏而臭秽，肛门灼热，腹痛烦躁，小便短赤，甚则壮热烦渴，气促汗出，呕吐不食，舌苔微黄腻，脉滑数者，处方：

葛根10g、黄连3g、黄芩6g、吴萸2g、杭芍6g、砂仁5g、苡仁12g、谷麦芽各10g、益元散6g、荷叶2个。加减法：呕吐加半夏6g、陈皮6g；昏睡加藿香6g、佩兰6g；腹痛心烦加菖蒲4g、竹茹6g；食积加神曲6g、焦楂6g；夏令暑湿盛者去芩、芍加香薷6g、厚朴10g、扁豆10g。成方可选用蚕矢汤。

此方由《伤寒论》葛根芩连汤加味组成，多用于小儿急性胃肠炎，高热吐泻，表里俱热证。

吐泻频繁的中毒性消化不良，古人亦名“霍乱”。廖老师对此急病，在辨寒热同时，常以一味上肉桂泡服，以背城借一，对稳住病情，捕捉战机，十分有利。肉桂辛甘大热，治虚寒吐泻勿庸赘述，热性吐泻投之何益？盖小儿脏腑娇嫩，稚阴易损，稚阳易伤，芩连大黄，苦寒沉降，救火之焚，急功近利也。泻痢既作，肠胃必伤，安得不虑稚阳易损乎？肉桂之用，正以甘温补火生土，扶脾而止泻痢，又反佐寒凉以防矫枉过正，并“宣导百药无所畏”，从而达到增强疗效之目的。加上清暑利湿等法的配合运用，对“霍乱”病因正是当头棒喝。

回阳救逆，驱阴散寒法

适宜于水泻完谷不化，次数频繁，腹痛肠鸣，呕吐不思乳食，面色㿠白，四肢厥冷，精神萎靡，目眶凹陷，睡卧露睛，甚则囟门凹陷，额汗涔涔，手足瘈疭，舌淡苔白，脉沉细微。处方：

附片15g、干姜5g、炙甘草2g、公丁香1.5g、苍术12g、苡仁15g、上肉桂3g。加减法：正气虚加人参3g（或潞党参10g）、白术10g；久泻滑脱加补骨脂10g、益智仁6g；五更泻加四神丸或天生黄3g。成方可选逐寒荡惊汤。若阴盛格阳，下利清谷，干呕面烦，水米不入，面色赤，脉微肢厥者，用白通加猪胆汁汤，有起死回生之功。

此型泄泻，为久泻或暴泻伤阳，病入少阴的危重证候，古代儿科医家极为重视，名为“慢惊风”。从现代医学角度看，都是严重失水，导致水与电解质紊乱所造成的危重证候，熟悉《伤寒论》少阴寒化证治，自能得心应手。

温固脾肾，养阴生津法。

适宜于小儿久泻伤阴，脾肾两虚，津液下夺，下焦虚寒，关门不固，虚火浮越，面㿠消瘦，精神倦怠，口渴频饮，或虚烦不宁，口唇焦干或口腔溃疡，舌光红少津，脉细数无力。处方：

熟地15g、淮药12g、扁豆10g、炮姜6g、吴萸3g、白术10g、甘草2g。加减法：泄泻加肉蔻霜6g、补骨脂6g；气虚加潞党参20g；阳虚加附片10g；腹痛加木香3g，厚朴6g；便下滞痛不爽加当归6g；滑脱不禁加乌梅2枚、五味子3g；中寒甚加肉桂3g，成方可选理中地黄汤。

此方即张景岳胃关煎，组方特点是地黄与姜、术同用，使姜、术不燥，地黄不腻，温脾燥湿，滋阴益血，两擅其长、脾肾双补，刚柔共济，多用于小儿久泻成疳，脾肾俱虚，津液消亡之证。此型泄泻多由热泻转化而来，一方面脾肾虚损，真阴受伤，虚火浮越，一方面或湿热犹存，或寒热错杂，常须因人制宜，处理好固涩与渗利，温中与清热等关系，才能斡旋病机，早见或效。

益气健脾，理气调中法。

适宜于小儿脾胃虚弱，久泻或时溏时泻，或食后作泻，或便下不爽带有粘液，食少面黄，腹痛喜按，尿短肢冷，舌淡苔白，脉濡缓。处方（成方可选用参苓白术散或乌梅丸等）。

苏条参10g、白术10g、茯苓10g、半夏6g、陈皮3g、木香3g、砂仁4.5g、炮姜4.5g、黄连1.5g、甘草2g、大枣2枚。加减法：泄泻带粘液，小便短者加猪苓6g，泽泻6g，车前子6g；腹痛作泻加杭芍6g，防风6g；口渴饮水加葛根6g，诃子6g；兼虫积者加乌梅3枚、花椒2g，或吴萸2g、石榴皮6g。

此方即香砂六君汤加味，多用于消化不良、慢性肠炎或痢疾的病后调理。需要说明的是，婴幼儿腹泻由于病清变化迅速，调治稍乖又易伤津或伤阳，临床中较早运用收敛固涩药、体现了中医顾护正气的思想。中医理论还认为收敛固涩药不能用于暴病，也不能用于邪热未清之时。历代医家亦屡有开禁而言某药“敛正气不敛邪气”。对此，廖老师经验是区别对待，斟酌选用。如诃子一药，《四声本草》言其“下宿物，止肠澼久泄”，赤白痢皆常选用。（廖伯筠　张广麟）

王传吉　　治疗小儿哮喘的方法与经验

王传吉主任医师从事医疗、教学、科研四十余年，积累了丰富的临床经验。精研儿科，善疗哮喘，遣方用药，独具特色。现将王老师治哮喘的方法与经验，简介于下。

阐发病机　辨证求源

哮喘乃儿科常见病，在发病机理方面，历代均强调痰饮结成窠穴，为本病的"夙根"。王老师通过长期的医疗实践认为，伏痰留饮为哮喘之标，形成本病的关键在于小儿肺、脾、肾功能不足。肺气亏虚，气不布津，痰浊滋生。脾失健运，聚湿生痰，上贮于肺，李中梓谓"脾为生痰之源，肺为贮痰之器"。肾失气化，水气上泛，聚饮为痰。伏痰留饮，阻于胸膈是哮喘发作的潜在因素，复感外邪或非时之气，或饮食所伤，内外合邪，肺失宣肃，阻碍大气出入，痰气交阻，搏击喉间，则哮喘骤作。临床所见，热哮俱多。据1991年4月至1992年4月诊治的发作期85例患儿中，热哮有77例，占81%。年龄越小，热象越明显，这可能与小儿纯阳之体，伏痰留饮蕴而化热，或遇诱因，病邪易从火化炼津为痰热有关。

哮喘病喉中的痰鸣虽是临床主要特点，但对整个哮喘发生的复杂病理机制中痰鸣仅是一种特殊的表现形式而已，如《景岳全书》所云："痰之为病，亦唯为病之标耳。"即是此意。哮喘反复反作，本虚标实，气虚生痰，痰邪伤正，形成恶性循环，久病正虚邪恋，故病程缠绵。

急则治标　宣肺化痰

哮喘的特点是起病突然，胸闷气短，呼吸困难，喉中哮鸣，甚则张口抬肩，端坐呼吸，口唇紫绀，烦闷不安。苔薄，脉浮或指纹浮现。王老师认为：此乃外邪引动伏痰留饮，痰气交阻，搏击喉间，壅塞气道，肺失宣降之变，急则治标，当以宣肺化痰，降逆平喘。自拟平喘化痰汤（麻黄，橘红，杏仁，半夏，白果，地龙，射干，赤芍，甘草）。方中麻黄、杏仁宣肺利膈，止咳平喘；白果敛肺，祛痰平喘，与麻黄合用，一开一收，相反相乘，敛肺且可祛邪，化痰而不耗气；半夏、橘红燥湿祛痰，理气降逆，寓有"治痰不理气，非其治也"之意；射干利咽化痰，与地龙相伍善治喉中痰鸣，解痉平喘；赤芍化瘀通络；甘草调和诸药，共奏宣肺化痰，平哮定喘之功。

本方配伍合理，组方严谨，临床应用，疗效显著，多数服药3—4剂后哮喘即可缓解，为治疗该证的理想方剂。但是由于患儿体质各异，感邪不同，临证施用，又当灵活变通。偏热者加黄芩、石膏、连翘清热宣肺；偏寒者加干姜、细辛、五味子温肺化饮，痰多者加海浮石、乌贼骨软坚化痰；咳重者加贝母宣肺止咳，紫绀者加丹参、桃仁化瘀通络；饮食所伤者加山楂消食和中；外感六淫或非时之气者在原方中偏于宣肺解表药物的剂量上增减而权衡之。

例一：贾某，女6岁，1992年1月18日初诊。发作性哮喘3年，加重2小时，证见喉中哮鸣，胸闷气短，张口抬肩，口唇紫绀，烦躁不安，口苦咽干，舌苔薄黄，脉象滑数，双肺满布哮鸣音。证属痰热哮喘。给予清热化痰，宣肺平喘。方拟平喘化痰汤加减，麻黄5g，杏仁10g，白果10g，橘红10g，地龙

12g，射干10g，黄芩10g，石膏24g，甘草5g。2剂，每日一剂，水煎200ml，分4次服用。1月20日复诊告知，患儿药后2小时咳吐黄稠粘痰一口，随即哮平喘安。后以平喘化痰汤原方续进4剂，哮鸣音消失，诸症悉除。

缓则治本　益肺运脾

小儿哮喘急性发作缓解后，多表现为正虚邪恋之象。如面色少华，食欲不振，喉中痰鸣，自汗乏力，动则尤甚，舌淡苔薄，脉濡细或指纹淡，显系肺脾气虚，痰邪留恋之征。针对"缓则治本"的原则，王老师强调对缓解期的治疗是治病求本的关键环节。采用益肺运脾，佐以化痰的方法，小儿正气得以恢复，痰饮自消，可减少哮喘发作，若医者妄以痰实，一味却痰，耗伤正气而贻误病机。

自拟益肺运脾汤（黄芪，白术，防风，橘红，杏仁，海浮石，山楂，甘草）。方中黄芪、白术、甘草益肺运脾，培补正气，防风散风除湿，助黄芪固表止汗；橘红、杏仁、海浮石宣肺止咳，利膈化痰；佐以山楂消食化积，活血通络，健运后天。共奏扶正达邪，邪去正安，哮喘何来之理。

例二，王某某，男，6岁半，1991年2月24日初诊，患哮喘二年，每月必作，今晨起喷嚏，喉痒，患者及家长均诉说这是哮喘发作的先兆。惊恐万分，慕名求医。平素食欲不振，神疲乏力，面色㿠白，毛发憔悴，汗出恶风，夜寐易惊，舌淡苔薄，脉濡细，双肺散在哮鸣音。证属肺脾虚弱，欲作哮喘。治当益肺运脾，佐以化痰法。方拟益肺运脾汤加减，黄芪40g，防风10g，白术5g，橘红5g，杏仁10g，海浮石12g，山楂12g，甘草5g。服药2剂后自觉症状减轻，连进6剂后哮鸣音消失，诸症告愈，随访半年未见复发。

哮喘是一种具有反复发作性的顽固疾病，临证首先要详察病机，方能执简驭繁。发作期属于痰浊较盛，痰气交阻，搏击喉间，多表现为邪实为主，主要证象在肺。由于发病急，病情重，采用急则治标的原则，贵在速决，求其速效为目的。以平喘化痰汤为基础方，宣肺化痰，降逆平喘，并根据寒热虚实的何轻何重及感邪的不同，随证加减，权衡用药，莫不中鹄。

在临证用药方面，发作期麻黄是治疗哮喘不可缺少的药物，利用本品宣肺气，开腠理，透毛窍，散风邪，合理配伍，确有卓效。故《幼幼集成》曰："哮喘为顽疾闭塞，非麻黄不足以开其窍，放胆用之，百发百中"。现代医学用其有效成份合成真盐酸麻黄碱、盐酸伪麻黄碱，广泛用于临床，实为治疗哮喘的要药。且因小儿肝常有余，肺脾虚弱易木侮之，临床有发病急，喘憋重的特点，所以在平喘化痰汤方中常加入地龙，蝉衣镇痉平喘，常获事半功倍之效。

喉中哮鸣是哮喘病的突出表现，针对这一临床特点，王老师认为发作期多属于痰热结滞，在平喘化痰汤中运用射干利咽化痰，射干苦寒，能降泻实火，火降则血散肿消，而痰结自解，气道得以通利，则哮鸣自安，屡用屡效，为治疗喉中哮鸣的良药。缓解期痰鸣多属于正虚邪恋，在益肺运脾方中善用海浮石、乌贼骨渗湿化饮，软坚消痰，取得了较好的治疗效果。

在哮喘缓解期，王老师尤期重视对肺脾虚弱的调治，将益肺运脾作为治疗大法，并认为黄芪是其理想的药物。考《本草汇言》："黄芪补肺健脾，实卫敛汗，驱风运毒之药也"。重用黄芪且用量较大，甘温补中，益肺运脾，固表止汗，恢复正气，抵御外邪，对提高抗病能力，延缓复发有一定的作用。用量视症状的轻重或病程的长短，一般周岁小儿既可用到30—40g。量大味浓，直达病所，取效迅速，临床应用未见任何不良反应。对于反复发作的患儿，经益肺运脾治疗汗出减少，饮食恢复正常后，仍留有毛发憔悴，发育迟缓者，黄芪用量适当减少。并且加入熟地、仙灵脾以补肾强精，对于改善症状，恢复正气起到了积极的作用。

鉴于缓解期的小儿大多脾胃虚弱，饮食又不知自节，加之家长溺爱子女的现象越来越严重，瓜果冷饮，蛋奶糖肉，参龟鱼腥，任随其用。喂养失当，纳呆厌食者比比皆是，脾胃再伤，正气难复，外邪

易袭，其有不发之理。所以王老师强调对患儿合理喂养的同时，在益肺运脾的方中善用山楂消食导滞，健运后天。意在山楂所谓健脾者，因其胃有食积，用此酸甘之味，以为消磨，俾食行而痰消，气破而滞化，谓之为健，此属于消导之健矣。可谓用药之奥妙。

王老师治疗哮喘的经验表明，在发作期宣肺化痰，降逆平喘能解决一时痛苦，固然重要。但更重视其对缓解期的调治，采用益肺运脾，扶正除邪的方法。不但肺脾虚弱症状很快能得到改善，而且哮鸣音也常常随之消失。正气得以恢复，提高了自身抗病能力，对杜绝其复发具有一定作用。

（李安源）

马新云　小儿外感病的辨证用药

外感病占儿科疾病的首位，临床以发热咳嗽、流涕就诊者十有八九，多属现代医学上呼吸道感染范畴，是儿科常见病，多发病。因为小儿脏腑娇嫩，形气未充，腠理疏薄，卫表不固，抗病能力低下，一旦遇气候失常或调护失宜，易于感受外邪，罹患本病，或并发肺系疾患。现将马新云教授治疗小儿外感经验分述如下：

风热感冒重辨肺卫，临证善用银翘散。

小儿感冒有风寒、风热之分，但由于小儿生机旺盛，阳常有余、阴常不足，感邪之后，易从火化，故风寒感冒者少见，多数病例由风热之邪所致。

风热感冒发热汗出，微恶寒，鼻塞流涕，咽痛，咳嗽，面赤唇红，口渴喜饮，舌质红，苔薄白或薄黄，脉浮数，指纹浮红，拟以辛凉解表，清热解毒为法。方宜银翘散为基本方：银花 10g，连翘 9g，薄荷花 6g，牛蒡子 6g，豆豉 6g，荆芥 5g，桔梗 6g，竹叶 8g，甘草 3g，芦根 10g。

银翘散的加减应用，应根据证候的不同、体质的强弱，疾病的轻重以及时令季节的变化而选择用药。

如证见高热汗出，则以方剂中的连翘为主，银花为辅，连翘用量增至 10—12g，银花减至 7—9g，以加重清热解毒之效，降低银花疏表出汗之流弊。

如发热无汗或少汗，证见微恶寒，四肢逆冷者，为风热郁闭肌肤之象，上方中重用银花 10—15g，豆豉 10—12g，薄荷 6—8g，荆芥 6—9g，另加绿豆衣 15g，以助上药辛凉透表，逐邪外出，以达退热解毒之目的。

如头痛而重，可将方中荆芥改为芥穗，另加菊花 10g，以奏清热散风之效。如咳嗽频作、痰多喉鸣，另加瓜蒌 8g，桔梗用量增至 8—10g，宣肺止咳，平喘祛痰的作用。如口渴唇红而干，则重用竹叶 10g，加生石膏 12g，以清热除烦，止咳生津，通利小便，促使热随小便而解。如发热惊悸不安，则重用薄荷 10g，倍加僵蚕 10g，疏风清热镇惊。如高热汗出、惊厥、甚至抽搐，可酌加羚羊粉 0.5g—1g（冲服），钩藤 10g，鲜芦根 15g—20g，三药同用有清热镇惊、育阴熄风之功。临床体会到羚羊粉加鲜芦根不仅能清热泄肺平肝，而且熄风止痉，其中鲜芦根可以通上达下，加强疏表之效能，再配钩藤清肝通络，镇惊安神，故高热抽搐即可迎刃而解。

如症见咽红充血，在上方中必减荆芥，防其性温化燥动血。而重用牛蒡子 9—10g，另加板兰根 10g，或锦灯笼 10g，佐以栀子 6g，清热凉血，解毒利咽。如咽红、扁桃体化脓仍减荆芥和豆豉，重用银花 10g，连翘 12g，牛蒡子 10g，山豆根 9g，马勃 8g，取其苦寒泄热，解毒利咽通便之作用。如扁桃体肿大影响呼吸时，可另加射干 4—6g，以加强解毒清热，消肿利咽作用。如伴有颌下淋巴结肿大可加山慈菇 10g，元参 8g 软坚散结，解毒消肿。感冒高热已退，但仍低热且午后升高、舌尖红，苔白厚腻，呕吐酸腐，便下自秽，脘腹痞满或痛，此为湿热之邪影响中焦运化，气机遏阻，水湿不化，应将上方中银花改为忍冬藤 10g，继清余邪，减去豆豉，另加川朴 6g，焦三仙 9g，苦温通降，宣导化滞。如小儿夏

季感冒，暑邪郁闭肌表，高热无汗者，银翘散方中可将荆芥改为香薷3—5g，另加扁豆6—9g，化浊清暑，疏表退热，如暑季小儿伴有腹泻呕吐或腹胀纳呆，舌苔白厚，上方牛蒡子加藿香3—5g，川朴6g，白叩仁3g，芳香化浊行气，和胃宽中。如体质素虚兼有外感，应根据脏腑虚弱程度，酌加扶正药物以达邪外出。如脾气虚伴有腹泻者，可加白术；阴虚者，加扁豆、山药；肾阴虚者加玉竹；胃阴虚口渴甚者选用生石膏，石斛，花粉等药。

咳喘先辨寒与热，祛邪调气还扶正。

咳喘是临床上两种不同的证候，有时单独出现，有时合并发生，当见邪袭表犯肺，肺气失于宣降，升降失调，则发生咳喘。咳喘一年四季均有发病，但以冬春多见。临床多见如下两种类型。

1. 风热咳嗽：咳嗽痰稠，鼻流浊涕，发热有汗，口渴面赤，唇红，舌红，苔薄白，脉浮数，指纹浮红。治以疏风清热，宣肺止咳。方宜桑菊饮加减，桑叶10g，菊花6g，杏仁6g，连翘8g，薄荷6g，桔梗6g，芦根10g，甘草3g。若咳嗽重者加前胡6g，炙杷叶9g，疏风清热止咳。若胸闷痰稠，另加浙贝9g，瓜蒌6g、冬瓜仁10g，宽胸清热化痰。若发热有汗，口渴舌红，可加生石膏12g，花粉6g，加重芦根用量到15—20g以养阴清热止渴。若发热有汗，舌红，大便不畅，肺热盛者加黄芩6g，泻热通便。若咽喉红肿，可加牛蒡子6g，山豆根10g，元参6g，散风解表，清热利咽。若咳嗽烦躁，夜寐不安，舌红苔微黄，加重连翘用量至10g，另加黄芩5g，竹叶6g，槟榔6g，川朴6g，滑石6g，通草6g，马兜铃10g，清热利湿、通便，佐以消导。

风热咳嗽甚者容易引起气喘，甚或鼻煽，鼻流浊涕，痰鸣口渴，烦躁不安，面赤，唇舌均红，苔薄白或微黄，指纹浮红，治以清热宣肺平喘，方宜麻杏石甘汤加减，麻黄3g，杏仁3g，生石膏12g，甘草3g。如症见热盛微汗，原方中加连翘10g，银花6g，清热解毒。如鼻煽气喘，除加重石膏用量外，另加桔梗6g，宣肺平喘。如咳重痰多应加前胡6g，炙杷叶10g，大贝3g，冬瓜仁8g，清热止咳化痰。如症见烦躁不安，呼吸急促，喉间痰鸣，大便干燥不畅者，上方中加葶苈子6g，天竺黄8g，桦罗茶10g，海浮石6g，鱼腥草6g，泻肺清热，镇惊除烦，化痰平喘。如汗出高热不退，呼吸急促，可加羚羊角粉0.5g—10g，牛黄0.5g，鲜芦根15g，清热定喘，化痰益阴。如患病期间小儿突然出现面色㿠白，气喘短促，痰声低微，额汗如珠，四肢逆冷，形神倦怠，双目无神，溏泻，脉象虚数，舌苔光滑，以为心阳虚衰，清心回阳救逆，方宜人参五味子汤或参附汤急救。药如：人参、白术、黄芩、麦冬、五味子、甘草，另加牡蛎、黄芪、山萸肉。

2. 风寒咳嗽：咳嗽痰液稀薄，兼有恶寒无汗，鼻塞流涕，发热、唇舌淡红，脉浮紧，指纹青。治以宣肺散寒，止咳化痰。方以杏苏散加减：杏仁6g，苏叶6g，陈皮6g，半夏6g，茯苓5g，枳壳4g，桔梗6g，前胡6g，甘草3g。

如症见舌淡红苔白厚，方中陈皮改为橘红，健脾燥湿化痰。兼有发热恶寒无汗，气促，除加重苏叶10—12g用量外，另加炙麻黄3g，发汗退热平喘。如咳嗽不止，可加紫菀、冬花各6g，温肺散寒止咳。如痰变稠粘，可将杏仁改为苏子，另加瓜蒌6g，旋复花6g，橘络10g，通络润肺、降气祛痰。如大便稀薄无味，气弱脉细者，减去方中枳壳，另加白术、薏米各6g，增茯苓为8g，健脾渗湿止泻。如咳嗽痰多，夜间尤甚，纳呆脘满、苔白厚，脉沉滑，方中减杏仁，苏叶，另加山楂10g，神曲8g，麦芽9g，川朴6g，腹胀加炒莱菔子5g，消食导滞，祛痰止咳。如症见气喘咳嗽，呼吸急促，鼻煽痰鸣，发热恶寒无汗，鼻塞声重，舌淡苔白，脉浮紧，指纹浮红，治以宣肺散寒，降气平喘，方宜华盖散加减：麻黄6g，杏仁8g，陈皮6g，茯苓6g，苏子6g，桑白皮5g，甘草3g，生姜一片。

用华盖散时如无汗而喘，用生麻黄，有汗而喘改为炙麻黄润肺平喘。如痰多，陈皮改为橘红8g，另加半夏降气燥湿祛痰。如喘重，胸高抬肩，另加白芥子6g，苏子改为玉苏子6g，加重桑白皮用量至

10g 以泻肺定喘。症见大便秘结不通，另加瓜蒌仁 8g，杏仁用量改为 10g，二丑 6g，润燥通便定喘。体弱气虚、大便溏薄，减苏子，另加白术 6g，太子参 3g，扶正祛邪。

如果小儿喘证严重，伴高热不退，气急鼻煽，汗出口渴，胸高抬肩，痰鸣声如拽锯，面赤唇红或紫黑，大便秘结，舌苔黄燥，指纹青紫，此为风邪化热，邪毒入里，肺气郁闭，升降失常，内炼津液，炼液成痰，踞于喉间，此种病例多由病初表证阶段宣散失利或患儿素蕴痰热，复感新邪，热袭肺胃所致。治宜通腑泻热豁痰平喘，上方中加大黄 3g，槟榔 6g，天竺黄 10g，二丑 8g，海浮石 10g，生石膏 18g，减去辛温药物如生姜、苏子、茯苓。

（焦　平）

李树棠　小儿泄泻证肛诊的临床意义及其辨证治疗经验

小儿泄泻是儿科的常见病，两岁以下小儿易感，夏秋多见。世界卫生组织统计资料表明，每年全世界因腹泻死亡的婴儿有800—1500万人。李树棠老师在小儿泄泻的辨证治疗上有很多独到之处，且疗效满意，现介绍如下：

小儿泄泻证肛诊的临床意义

李老师通过多年的临床实践认识到肛诊在小儿泄泻的辨证上有着十分重要的意义，一望则寒热虚实俱明。临床上常见的小儿肛门变化有如下几种情况。

1. 既红又肿多为湿热泻，宜清热渗湿消导为主治之。
2. 红而不肿多为伤乳食泻，宜消导化积、理脾和胃治之。
3. 不红不肿多为脾虚泻，宜益气健脾扶正为主治之。
4. 肛门暗乌为脾胃虚寒之证，宜益气回阳祛寒为主治之。

小儿泄泻的辨证治疗经验

1. 常见的几种小儿泄泻证

小儿泄泻一门种类繁多，但临床较为多见的不外乎水泻、火泻、伤乳食泻、脾虚泻、热结旁流泻等几种。

(1)水泻

患儿大便泻水，暴注下迫，小便短少，口渴思饮，睡卧露睛。多发生在秋季。

治宜温中散寒、渗湿利尿。用调中胃苓散治之。

(2)火泻

患儿泻多黄水，小便短赤，肛门灼热，身热面赤，苔黄脉数。

治宜清热渗湿利尿。先用玉露散清其热，再用四苓散分利小便。

(3)伤乳食泻

患儿脘腹胀满，泻前腹痛，嗳气酸馊，不思乳食，夜卧不安，舌苔厚腻。

治宜消滞化积。用健胃保和散治之。

(4)脾虚泻

患儿大便稀溏，色淡不臭，精神不振，面黄肌瘦，舌淡苔白。治宜健脾益气。

用参苓白术散治之。

(5)热结旁流泻

《温病条辨·中焦篇》曰："阳明温病，纯利稀水无屎者，谓之热结旁流，调胃承气汤主之。"

热结旁流泻是一种多见的小儿泄泻证。患儿表现为泻多日久，饮食如常，不见消瘦，大便自流无度，泻青或稀水，肛门红而疼痛，便前肠鸣或啼哭。

治疗当以清热结为主。用清热化积散或当归芍药汤治之。

2. 典型病例

患儿李某，男，1岁。

1989年9月11日，患儿因腹泻一周入院治疗。住院后，经服西药、静脉输液及中成药治疗，病情无明显好转。9月18日求治于中医。

患儿每日腹泻7—8次，便量少，时有恶心，便前腹痛，大便酸臭味，小便短少，肛门灼热，舌苔薄黄，指纹紫色气关。

中医辩证为脾胃郁热兼伤乳食泻。法当清热导滞，理脾和胃。

处方：清热化积散　0.5g

　　健胃保和散　0.5g

一日三次，交替服用。

患儿服药三日后，二便恢复正常精神状态好，病愈出院。

3.　体会

小儿泄泻，常与气候影响，喂养不当，饮食不洁有关。夏秋受暑湿，冬春感风寒，饮食失节，积滞中阻而成此病。

临床上在伤乳食泻和脾虚泻二者之间有时会表现为实中有虚，虚中有实，如果辨证不明，混淆不清，往往会延长治疗时间。伤乳食泻日久不愈，会出现泻多不化，皮毛憔悴，胸膈满闷，不思饮食，懒于行走等脾虚之症，但基本在于乳食积滞不消，如认为是脾虚泻而投以参苓白术散之类药物是不能取效的。治疗重在治其本，以消积化滞之法治之。积下则二便调和，胃纳增进，余症可渐次消失，恢复正常。

泄与泻是有区别的，《奇效良方》曰："泄者泄漏之义，时时溏薄，或作或愈；泻者一时水去如注。"前者泻来势较缓，后者泻来势猛。脾虚泻、伤乳食泻多属前者，火泻、水泻多数后者。临床上，凡暴泻者多实，久泻者多虚，迁延难愈者多虚中夹实。

附方

1. 清热化积散

焦三仙各30g，川朴10g，茯苓10g，香附10g，枳壳10g，陈皮10g，蔻仁10g，川军50g，黄连10g，黄芩50g，研细面。

2. 调中胃苓散

白术10g，陈皮10g，川朴10g，苍术10g，茯苓10g，甘草5g，肉桂10g，泽泻10g，猪苓10g，人参10g。研细面。

3. 健胃保和散

橘红10g，法夏10g，茯苓10g，神曲10g，麦芽10g，焦楂10g，莱菔子10g，连翘10g，白术10g，甘草5g。研细面。

（莫　非　史忠川）

詹起荪

小儿健脾暖胃药袋治疗脾虚证的临床研究

小儿脾虚证，发病率较高，对小儿生长发育影响较大，因此我们研制了"小儿健脾暖胃药袋"在浙江中医学院门诊部、浙江省中医院、杭州长生路幼儿园、浙江丽水市中医院等医疗单位，经过对90例"脾虚证"患儿的临床疗效观察取得了良好的效果，现总结介绍如下。

临床资料

观察对象　对厌食、疳证、泄泻、腹痛患儿，属于脾虚证者，均列为观察对象。脾虚证的诊断标准，参考中国中西医结合研究会儿科专业委员会第二届学术会议制定的"小儿脾虚证的诊断标准(1987)"而制定。

主要指标：食欲不振，大便失调(包括泄泻、大便虽成形次数增多或大便难解)，面色萎黄少华，形体消瘦，舌质淡，苔薄白。

次要指标：1. 肢倦乏力，2. 腹胀或疼痛不舒，3. 贫血(轻度)，4. 睡露睛或多汗，5. 脉细弱，无力、指纹淡(3岁以下)。

凡具备上述主要指标四项或主要指标两项加次要指标两项者均可诊断为小儿脾虚证。

一般资料　共观察资料完整患儿110例，其中健脾暖胃药袋组(以上简称药袋组)90例，空白对照组(以下简称空白组)20例，110例中，男51例、女59例，年龄最小4个月，最大8岁；1岁以内8例、1—3岁27例、4—5岁44例、6—8岁31例。西医诊断为神经性厌食38例、营养不良31例，消化不良34例，肠炎7例、伴易患呼吸道感染者41例。大部分患儿用本药袋前曾经各种抗生素、助消化药及营养滋补药治疗，效果不显。

治疗方法

药物组成　苍术、枳壳、干姜、香附、藿香、当归、大腹皮等。

药袋组　将小儿健脾暖胃药袋紧贴于脐上半寸处固定，每周换药一次，共用药四周，由专人进行观察，将治疗前后的病情变化记录在统一制定的表格中。

空白组　不施加任何处理因素，观察时间亦为四周，由专人记录四周前后的病情变化。

观察期间均嘱停用一切相关药物。

疗效分析

疗效评定标准　以饮食、大便、面色、肢倦乏力、腹胀痛几项基本症状的改善情况及体重的增长作为疗效评定的依据，具体如下：

显效：体重增加≥1Kg，基本症状恢复正常或显著改善。

好转：体重增加≥0.5Kg，基本症状明显好转。

无效：体重增加<0.5Kg，基本症状未见改善。

治疗后主要症状变化

药袋组：治疗后食欲好转，食量增加者62例，占68.89%；其中增加最多者达每日增食175g。大便泄泻或大便粗糙夹不消化物者，治疗后均恢复正常或明显改善；其中大便化验有白细胞或脂脂肪

球者 13 例,用药袋后粪检恢复正常者有 11 例,占 84.62%。治疗前面色萎黄无华者 77 例,用药后症状消失,面色明显好转者 31 例,占 40.10%。治疗前腹胀或腹痛不舒者 7 例,用药后症状消失 6 例,占 85.71%;减轻 1 例,占 14.29%。治疗前 37 例患儿有不同程度的精神不振或烦躁易怒,夜寐不宁,用药后 28 例症状消失或明显改善,占 75.68%。有 24 例用药后外感次数明显减少,此外,用药后自汗、盗汗、遗尿等症状也有不同程度的改善。

空白组:20 例患儿中除 3 例基本症状有好转外,其作均无变化。

治疗后体重变化

药袋组:体重增加者 80 例,占 88.89%;平均增加 0.69Kg,增长最快者达 2.5Kg。

空白组:体重增加者 3 例,占 15.00%;平均增加 0.025Kg。

治疗后身高变化

药袋组:身高增长者 67 例,占 74.44%;平均增长 1.43cm,增长最快者达 5.0cm。

空白组:身高增长者 15 例,占 75.00%,平均增长 0.57cm。

治疗后血红蛋白测定

药袋组:共检测 67 例患儿的血红蛋白,其中比治疗前上升者 55 例,占 82.09%。治疗前 Hb 均值为 10.46±1.22%。治疗后 Hb 均值为 11.1±1.30g%,平均增加 0.62%。经 T 检验,治疗前后有非常显著性差异($t=6.25, P<0.001$)。

临床疗效总结 药袋组与空白组临床疗效比较表

分组	例数	显效		好转		无效		总有效率
		例数	%	例数	%	例数	%	
药袋组	90	29	32.22	49	54.44	12	13.33	86.67%
空白组	20	0	0	3	15	17	85	15.0%

经卡方检验,两组差异有非常显著性意义($X^2=42.79, P<0.01$)

说明:无效中有两例因治疗中患外感,家长自动停用药袋。

讨论 本文报导应用小儿健脾暖胃药袋治疗小儿脾虚证 90 例,总有效率为 86.67%,显效率达 32.22%。与空白对照组比较,有非常显著性意义($P<0.01$)。治疗后不仅基本症状消失或明显改善,且身高,体重增长较快,血红蛋白升高,表明本药袋能增进食欲,改善贫血,促进小儿生长发育,并对小儿厌食、疳证、泄泻、腹痛等具有良好的治疗效果,观察还发现治疗后患儿多汗,反复外感症状亦有好转,说明药袋不仅能治疗上述疾病,而且对增强机体抵抗力有一定的作用。

小儿健脾暖胃药袋的应用是一种外治法,外治法在祖国医学《内经》中已有论及,如《素问·至真要大论》已提到外治,东汉张仲景亦提出运用"药摩"、"温熨"之法,到清代吴尚先的《理瀹骈文》外治法专著问世,其论述更多,外治法就是通过药物外用在体表皮肤达到与内服同等的疗效。本药袋所组成中药多含有挥发油,有浓郁的香气,透析力较强,均可透过小儿柔嫩的肌肤达于中焦,发挥其温阳散寒,暖脾醒胃的作用,如选用藿香、苍术、香附、枳壳等。配用干姜以温脾止泻,散寒止痛。现代药理研究提示大腹皮、当归具有制止肠内异常发酵,驱除肠内积气和兴奋肠蠕动的功效,共同达到健脾暖胃的治疗效果。

同时,由于小儿脾虚证在临床上十分多见,且直接影响小儿的生长发育,因此采用小儿健脾暖胃药袋,既简便有效,又无痛苦及不良反应,是小儿疾病中值得推广的治法和剂型。

(詹乃俊)

刘云山　治疗小儿喘咳病的经验

喘咳，是儿科呼吸道常见病、多发病之一。其症以喘为主，可伴咳嗽或发热（包括现代医学喘息性支气管炎，毛细支气管炎，支气管哮喘等）。四季均可发病，冬春二季多发。严重影响着小儿生长发育，甚则成为终身痼疾。导师刘云山治疗小儿喘咳病能从常达变，方药灵活，有其独特的经验，现介绍如下。

宣肺散寒　降逆平喘

李某某，男，8月，于92年2月12日初诊。喘咳一周余。喉中有痰不利，鼻塞流清涕，夜间喘甚，睡卧不宁，不伴发热，二便调，舌质淡苔薄白微腻，指纹浮而淡红。双肺可闻及痰鸣音。曾肌注青霉素五天，未效来诊。辨证：风寒束肺，气逆而喘，治宜宣肺散寒，降逆平喘。方用加味定喘汤。

处方：炙麻黄0.5g，冬花2.0g，白果3.0g，桑皮1.0g，苏子1.0g，杏仁1.0g，半夏0.5g，陈皮1.0g，茯苓1.0g，桔梗1.0g，枳壳1.0g，白芥子1.0g，贝母1.0g，蝉蜕7个去头足，甘草1.0g。三剂，日一剂水煎，分三次温服。

92年2月16日复诊，服药后喘咳基本消失，喉间有少许痰鸣，以陈皮1.0g，半夏0.5g，茯苓1.0g，枳壳1.0g，桔梗1.0g，贝母1.0g，瓜蒌仁1.0g，甘草1.0g。二剂善后。

按：风寒犯肺、肺失宣发，气不布津，湿聚成痰，痰气互结，阻塞气道，气逆于上，则鼻塞，流清涕，喘咳、痰鸣。故投辛温宣肺，化痰平喘之定喘汤去黄芩，加枳桔二陈汤燥湿消痰，三子养亲汤顺气降逆，温肺化痰助平喘。全方即宣又降，散寒化痰，使逆降痰化而喘止。刘老师认为："小儿肺脏娇嫩，不耐寒热，用药慎防温燥"。尽管本案纯属风寒犯肺，但他在用麻黄、冬花、苏子、杏仁、半夏、白芥子等温燥药的同时，巧妙地配用了桑皮、贝母、桔梗、枳壳等药监制温燥以泻肺；白果味甘性涩，即可敛肺平喘，又可防麻黄过于耗散之弊。且从麻黄、半夏、白芥子的用量配伍上，亦可看出刘老师这一观点。

刘老师临症，凡遇以喘咳为主症的患儿，均以定喘汤为基础方，随症加减。如兼恶寒发热可加白芍2.0g，柴胡1.0g；若见舌质淡红，有热象加黄芩；如大便稀，日三次以上加茯苓、泽泻；舌苔白厚腻，纳差或大便干，加枳壳、三仙；伴睡眠不安加蝉蜕七个去头足；对寒湿较重者可与小青龙汤等合用。临床疗效颇佳。

温肺化痰，开窍平喘

凌某，男，4个月，92年2月14日初诊。喘咳半月伴腹泄，喘声如吼，喉间痰声漉漉，鼻塞无涕，喘憋不能平卧，食奶困难，大便日五至六次，以"毛细支气管炎"在外院住院十天无效，故前来求治。查见，患儿体胖，精神萎靡，颜面青灰，咳少喘甚，呼多吸少，鼻翼煽动，全身湿疹以头面部为著，舌质淡苔薄白而滑，两肺满布痰喘音及中小湿罗音。证属：痰湿阻肺兼寒闭肺窍。病情危急，活当温肺化痰，开窍平喘。

处方：茯苓 2.0g，橘红 1.0g，炙白前 1.0g，炙百部 1.0g，桔梗 1.0g，旋覆花 1.0g(包煎)，贝母 1.0g，百合 3.0g，白果 2.0g，冬花 1.0g，苏子 1.0g，细辛 0.3g，桑皮 1.0g，杏红 1.0g，炙麻黄 0.3g，白芍 1.0g，半夏 0.3g，泽泻 1.0g，西洋参 1.0g，炙草 1.0g 二剂，日一剂，水煎分三次温服。

2 月 17 日复诊，服药后病情明显好转，精神转佳，喘咳减轻，痰鸣减少，食奶增加，大便日三次，可安静入睡，舌质淡苔薄滑．两肺可闻及痰喘鸣及散在湿鸣。继用原方加白芥子 0.3g，枳壳 1.0g，五味子 0.3g 三剂，日一剂水煎服。

2 月 20 日再次来诊，服药后喘咳消失，湿疹好转，舌质淡苔薄白，心肺(—)，后以消风散 化裁六剂调理，湿疹亦愈。

按：本例患儿为渗出体质。中医认为胖人多湿多痰，风寒袭表，闭塞肺窍，引动伏痰，痰气相搏，留阻气逆，痰随气升，气因痰阻，宣肃失调，可见鼻塞，喘憋，气急鼻煽。痰随气动可闻痰鸣；肺主气朝百脉，气为血帅，肺气郁闭，血循涩滞，可显面色青灰。此为水寒射肺，凌心之兆。治宜温化寒痰，开窍平喘。刘老师在温肺化痰，祛痰的同时，选用细辛，旋覆花以温肺启闭，开窍平喘。使痰化、窍通，邪祛，气畅而喘止。纵观全方配伍，敛肺寓于宣肺之中，泻肺寓于温肺之内，固肺寓于化痰之列。本例患者服药后，见效之快出人意料。

刘老师认为，痰喘病人，虽为外感引动伏痰，病人表现以痰盛，喘憋为著，表证次之。治疗以化痰，消痰为要，但还需解表散邪，给邪以出路。喘甚咳久，必耗气阴，驱邪的同时需兼顾扶正，常用西洋参、五味子益气敛阴。

此类患者，刘老师常喜用加味定喘汤，射干麻黄汤，加味桔梗汤，小青龙汤等方灵活加减，随证选用。如喘憋，面色灰暗或大便干者，可加少量当归，桃仁活血之品疗效显著。

清肺泻热　润肺平喘

李某，男，5 岁。92 年 4 月 7 日初诊，麻疹愈后咳喘五天，夜间及晨起较重，痰粘稠，咳吐不利，大便日一次，舌质红苔少，双肺可闻及痰湿鸣及喘鸣。证属麻毒恋肺，肺热咳喘。治用清肺泻热，润肺止咳平喘法，方用清气化毒饮加味。

处方：炒黄连 1.0g，炒黄芩 1.0g，元参 1.0g，天冬 1.0g，麦冬 1.0g，前胡 1.0g，橘红 1.0g，杏仁 1.0g，桑皮 1.0g，芦根 1.0g，瓜蒌仁 1.0g，百合 3.0g，苏子 1.0g，白果 2.0g，西洋参 0.3g，甘草 1.0g。三剂，日一剂，水煎分三次服。

92 年 4 月 10 日复诊，服药后咳喘消失，纳差，两天未解大便，舌尖红苔白厚而干，心肺(—)。继用原方加三仙各 3.0g，枳实 1.0g，当归 1.0g，三剂善后。

按：小儿喘咳，临床以风邪外束，痰湿阻肺寒喘者多见，但亦可见寒邪化热，痰热壅肺，或热病之后，余热恋肺所致者。如麻疹合并肺炎，病毒性肺炎等病，刘老师常用上方化裁治疗。对风寒闭肺日久化热者，常用上方与定喘汤合用；对寒痰化热壅肺者，常与海石汤化裁合用，往往药到病除。

养阴清热　固肺平喘

陈某某，女，1 岁 8 个月，于 92 年 5 月 12 日初诊。气喘三月余，曾三次住院未愈。现气喘，喉中有痰，盗汗，大便干，口唇红，舌质偏红少苔，两肺可闻及喘鸣及少许干痰鸣。辨证：阴虚肺燥，治宜养阴清热，固肺平喘，方选百合固金汤加减。

处方：百合 3.0g，生地 1.0g，桔梗 0.5g，川贝母 1.0g，熟地 2.0g，玄参 0.5g，洋参 1.0g，麦冬 1.0g，白芍 1.0g，当归 1.0g 黄芩 0.3g，白果 2.0g，甘草 0.5g，天冬 0.5g。三剂，日一剂，水煎分三次服。

92年5月16日复诊，服药一剂诸症好转，三剂服完气喘基本消失，患儿即是神情活泼，舌质淡红苔薄白，心肺（ ）。继用原方二剂巩固。

按：本例患儿气喘日久，耗气伤阴，虚火灼肺，肃降失司，气逆而上，喘久不愈。方选百合、二地两滋肺肾；天冬、麦冬、玄参助百合以润肺；贝母、桔梗、黄芩清肺热；当归、白芍养血活血；白果敛肺平喘；百合与西洋参气阴双补以固肺，甘草协调诸药。各药合用，使阴液充足，母子同治，虚火降而喘自平。

补肾培元　纳气平喘

李某，男，6岁，于92年5月25日初诊。哮喘频发半年，加重月余。现症气喘，胸闷气短，少气懒言，形寒怕冷，面色㿠白，舌质淡苔薄白，脉沉无力，两肺可闻及哮鸣音。证属肺肾两虚，肾不纳气。治当补肾培元，纳气平喘。方选补肾地黄降气汤。

处方：熟地3.0g，山萸肉3.0g，肉桂1.0g，苏子1.0g，当归2.0g，白前1.0g，厚朴1.0g，半夏0.3g，陈皮1.0g，百合3.0g，西洋参1.0g，甘草1.0g。三剂，日一剂，水煎分三次服。

92年6月1日复诊，服药三剂气喘明显减轻，活动量大时，可闻哮鸣。效不更方，连服六剂告愈，后以麦味地黄丸巩固。

按：肺为气之主，肾为气之根。肺主呼气，肾主纳气。久哮耗气，伤及肺肾，肾气虚摄纳无力，气浮于上而喘，故选补肾地黄降气汤，补肾培元，肾得安纳，气喘自平。

杜痰之源　培土生金

脾为生痰之源，肺为贮痰之器，小儿喘咳，多由外因作用于内因而发，而内在因素，往往与肺、脾、肾关系密切。母病及子，子病又可及母，肺虚则脾气亦虚，脾虚失运，水谷精微化为痰浊，一则使肺失滋养，土不生金；二则，痰浊上贮，阻塞气逆，使肺失宣降，喘咳即作。虽病之标在肺，而其本在脾，故刘老师认为："欲降其肺，先和脾胃"。他主张在喘咳病人缓解期，以六君子汤加细辛、五味子、干姜、桔梗、贝母益气健脾，杜绝生痰之源，培土生金，可防患于未然。

（何金梅）

郑惠伯　治疗小儿肺炎的经验和体会

郑惠伯主任医师出身中医世家，幼承家学，已行医61个春秋，现仍坚持在医、教、研第一线工作，擅长中医内、妇、儿科，尤以辨治温病急症著称。现将郑师对小儿肺炎的辨证论治与专方专药的经验，整理如下：

辨证论治

肺炎属中医温病学范畴，郑师按卫气营血辨证分为：

1. 卫气实热证型：起病似风热感冒，继则高热，咳嗽喘息，胸高气粗，烦躁鼻煽，痰声漉漉，口渴苔黄，脉数，或指纹紫，口唇轻度发绀。

治法：清热解毒，宣肺平喘。

方药：麻杏石甘汤加味。麻黄3g，杏红5g，石膏30g，甘草5g，鱼腥草20g，虎杖6g，大青叶15g，银花15g，草河车5g。（以上剂量适用于1—3岁病儿，下同）

加减：白细胞总数及中性细胞不高者，选加僵蚕、柴胡、贯仲、青黛、板兰根；白细胞总数及中性细胞高者，选加黄连、黄芩、穿心莲、黄柏、十大功劳；痰多者，选加天竺黄、葶苈子、蛇胆川贝液；苔中厚者，加升降散（僵蚕、蝉衣、姜黄、大黄）；胸闷腹胀者，选加瓜蒌、枳实、姜半夏、黄连、厚朴、大黄；血瘀或炎变病灶久不吸收者，选加桃仁、红花、丹皮、赤芍。

2. 热入营血证型：高热夜甚，烦躁不安，神昏谵语，气喘痰鸣，或痰中带血，或手足抽动，舌质红绛，脉细数。

治法：清营凉血，宣肺化痰，开窍醒神。

方药：清营汤加减。生地12g，玄参12g，麦冬12g，水牛角30g，赤芍12g，丹皮9g，石膏30g，黄连3g，麻黄3g，天竺黄6g，杏仁6g，甘草6g，石菖蒲3g。

加减：除根据白细胞总数选药同卫气实热证外；抽风者，选加紫雪丹、羚羊角、钩藤、全蝎；高热神昏者，选加安宫牛黄丸、至宝丹。

由于邪气炽盛，正气虚衰，往往可发生正虚邪陷之危象，而又可见以下变证型：

3. 气虚邪陷证型：咳嗽痰壅，喘促不安，面色青紫，脉数或促。

治法：扶正温肺，开闭化痰。

方药：参附汤、射干麻黄汤合方加减。麻黄3g，射干3g，桂枝6g，人参6g（另煎，兑服），五味子9g，附片3g（先煎），细辛1.5g，白芍6g，银杏6g，麦冬6g，甘草6g。

心阳虚衰证型：咳嗽气急，烦躁不安，汗多，面色青紫，四肢不温，肝脏增大，心脏增大，脉数无力。

治法：益气温阳，佐以养阴生津。

方药：参附汤、黄芪生脉散合方加减。红参10g，附片30g（先煎），黄芪15g，麦冬10g，五味子8g，肉桂3g，白术10g，茯苓15g，炙甘草5g。

输氧，并用西药强心剂。

待心阳虚衰控制后，再用益气养阴，清热解毒，宣肺平喘之剂治疗。

专方专药

1977年3月至1978年5月，郑师与本院儿科配合，中西医结合治疗小儿肺炎465例，治愈率232例，卫气实热证186例，占80.2%；热入营血证19例，占8.1%；气虚邪陷证16例，占7.0%；心阳虚衰证11例，占4.7%。卫气实热证的186例中，有69例加用抗生素，全部治愈。平均退热时间3.6天、罗音消失6.5天、阴影消失7.5天，住院7.45天。

郑师根据232例的80.2%属于卫气实热证的情况，在总结原证型主方疗效的基础之上，制定了专方专药"肺炎合剂"：

麻黄3g，杏仁5g，石膏30g，虎杖6g，银花15g，大青叶15g，柴胡10g，黄芩10g，鱼腥草20g，青蒿15g，贯仲10g，草河车5g，地龙5g，僵蚕10g，野菊花10g，甘草5g。水煎浓缩提取150毫升，1—3岁口服50毫升，一日三次，随年龄适当增减。

病案举例：

平某某，女，3个月，因咳喘5天在用青霉素治疗不效于1991年3月6日入院。查T36℃，P130/分，R36/分，精神差，双肺中细湿鸣音，Hb89.3g/L，WBC9.7×10^9/L，PN0.61，Lym0.39，胸片示两肺透光度增强，肺纹理增粗，双肺门影增大，服肺炎合剂治疗。3月7日咳嗽气喘加重，喉中痰鸣，口唇发绀，双肺哮鸣及中细湿鸣音，肺炎合剂改为鼻饲，吸氧，排痰。3月8日咳喘减轻，紫绀消失，肺炎合剂改为口服，3月14日肺部罗音消失出院。

郑师说小儿肺炎属卫气实热证，当及时用肺炎合剂。并发呼衰、心衰、高热惊厥及中毒症状明显者，则按热入营血证、气虚邪陷证、心阳虚衰证辨证论治，待并发症控制后，仍用肺炎合剂治疗，直至病愈。

临床体会

小儿肺娇胃弱，邪从上受，由口鼻而入，六淫多从火化，饮食停留郁蒸化热，"稚阴未长"，病理上更易出现阴伤阳亢的证候，因此病性易向热毒转化。

热毒搏结肺卫，而见高热；热毒壅滞气道，肺气闭塞，而为咳喘；热毒灼伤肺津，炼液为痰，而闻痰鸣。

郑师强调先发制病，和先安未受邪之地，才能使之不传。小儿肺炎常因热毒炽盛，正气虚衰，而发生变证。所以，临证用药除药量适当增加外，一方面对于初入肺卫者，即应照顾气分；到气即要照顾营血；高热不退，"三宝"可及时选用，以阻断病势发展。另一方面对体弱肺炎患儿，无论在邪盛期，或恢复期，都应视其气阴之虚损程度，而加益气、养阴扶正之品，防止正虚邪恋，病程迁延。对久不吸收之炎变病灶，应加强扶正，兼用活血之品，如黄芪生脉散、桃红四物汤、天冬、女贞子、丹参、丹皮、赤芍等，能收到较满意的效果。

郑师指出治疗小儿肺炎还应知常达变，注意湿热为患。肺炎多属温热类温病，但亦有少数为湿热证型。凡属湿热性质的肺炎，郑师每用达原饮或甘露消毒丹合麻杏石甘汤加减治疗，获有良效。

（郑邦本　王光富）

针灸、骨伤科

金安德

矩阵针灸治疗外伤瘫痪的疗效分析

矩阵针灸是老师金安德主任医师积 40 余年临床经验，首创设计的一种新型针灸配穴方法。我们先后用于治疗多种疾病，均收到理想的疗效。现就治疗外伤瘫痪的康复效果及部分实验项目结果整理报告如下。

矩阵针灸简介

矩阵针灸是指穴位配伍的方式和合理针灸治疗而言。即在病损部位前、后的上下左右循经配穴布阵，或在病损部位上、下的左右前后循经配穴形成阵容。以八个腧穴点角定位的对称排列成矩形，组合成矩形列阵的三维空间之框架结构，把病损部位固而搁置地包围起来，此即为穴位配伍形式。至于合理针灸，则是应补则补，当泻得泻的针灸操作技术。通过治疗，使之达到"虚则补之，实则泻之"的治疗规范。

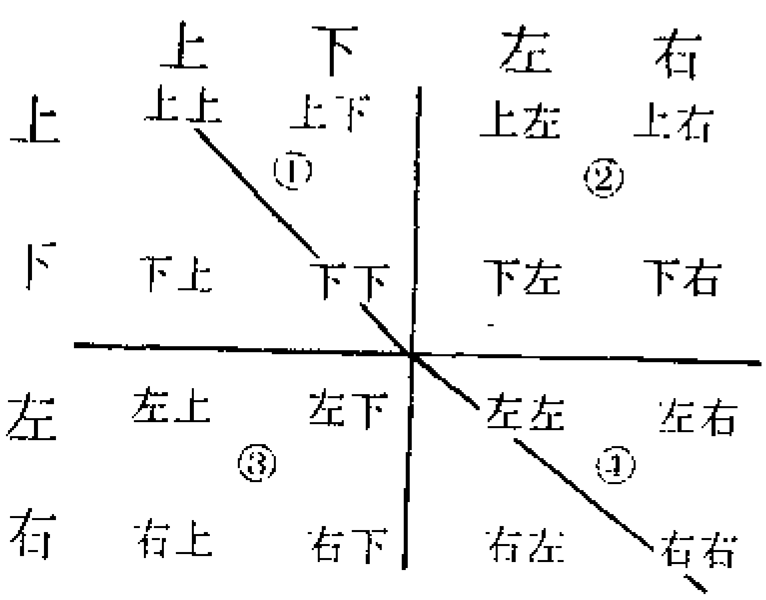
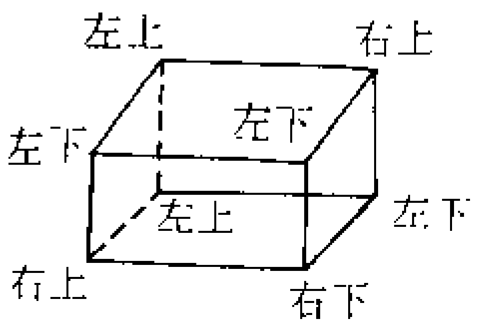


图 1

为了使矩阵针灸的概念更加明确化，我们采用列阵坐标图加以表达(见图 1)。把坐标图分为四个象限以示人体和病损部位的前后左右四方，并把纵横坐标上的上下左右四点一一对应组合，再用坐标划分出①②③④个象限区。①象限区表示人体的正面；②象限区表示人体的左面；③象限区表示人体的背面；④象限区表示人体的右面。在正面的上下左右四个点和背面的上下左右四个点(加起来共八个点)，便组合成矩阵针灸穴方，是进行针灸调治的实穴点。处于左右两侧的各四点，取消其中的四个重复点，剩下的各二点是不进行针灸的四个虚穴点。这样，①象限组成一维，示病损腹面；③象限组成

一维，示病损部位的背面；②④象限的四个虚穴点形成第三维，便完成了对称排列的矩形阵穴，也是针灸治疗的阵地。简言之，即是把病损部位搁置在由八点（腧穴），十二线构成的立体矩形框架结构（见图Ⅱ）中进行治疗。



图Ⅱ

矩阵针灸的理论基础

矩阵针灸的提出是老师对《内经》、《针灸甲乙经》的具体应用。《素问·八正神明论》："圆者天之象，方者地之象。"古人用天时象征圆，用地理象征方。子午流注正是应用"圆"的原理，表示时间的"间面复始，如环无端"的动态状况。矩阵则是用"方"的原理，象征空间的点角定位，固而搁置的静态状况。在针灸治疗学的发展中，既要应天时之圆，更要用地理之方，才是全面发展和提高的重要方面。《针灸甲乙经·阴阳大论》："故治不法天之纪，不用地之理，则灾害至矣。"这就说明针灸医学不顺天时，不应地理就会带来灾难。又曰："求阳不得，求之于阴。"提示从阳（圆）治疗不得效者从阴（方）治之。矩阵针灸就是"用地之理"，"求之于阴"的应用和发展。

虽然，矩阵针灸冠以现代科学的数理力学术语，但其具体应用早在《内经》中就有记载，如《灵枢·官针篇》："豹纹刺者，左右前后针之"，"扬刺者，正内一，旁内四"等。指出豹纹刺是在病损部位的左右前后对称排列针刺，其穴方就是矩形列阵的格式；扬刺，除在病损部位的正中刺一点外，还要在其四旁针刺，即病损位的上下左右或左右前后刺之。这种针刺治疗作用的实现和经络气血流注传递是相关的。正如《素问·缪刺论》指出的那样："左注右、右注左、上下左右与经相干。"说明疾病的传变，是通过经络循行向上下左右四方传变的过程，那么针灸治疗亦需要根据经络循行，从上下左右四方入手加以控制和解除。所以，矩阵针灸的穴方配伍是以经络理论为基础，而又不拘泥于右病右治、右病左治的传统方法。

矩阵针灸治疗外伤瘫疾的研究

临床资料

根据受伤部位之不同，我们采用头部、胸腹部、腰背部矩阵穴方，先后治疗了外伤瘫疾患者63例。其中男性51例，女性12例；最大年龄64岁，最小年龄4岁。平均年龄为23.7岁。18－28岁者42例，占总数的66.66％。损伤及瘫痪部位：脑外伤致偏瘫6例，颈段脊髓损伤致四肢瘫6例，胸段脊髓损伤致高位截瘫12例，胸10以下至腰段脊损伤致低位截瘫36例，脊髓外神经根损伤致上肢单瘫2例，下肢单瘫1例。病程在1年以内者16例，1－4年者45例，7年者1例，18年者1例。全部患者除运动功能障碍外，均有不同程度的感觉功能障碍。其中49例合并有大小便失禁，22例合并有褥疮感染，23例合并有尿系感染，14例合并有呼吸道感染。63例患者均采用以矩阵针灸为主（配合按摩，体疗）的综合治疗，每日治疗1次，每周休息1天，连续治疗4个月为1疗程，每疗程间休息3－7天，最多治疗4个疗程。

疗效分析 63例患者均以基本痊愈，显著效果，明显好转，无效四级为评定标准。经过1－4个疗程的治疗总有效率为85。71％。见表Ⅰ、表Ⅱ。

表Ⅰ．瘫疾患者治疗前后肌力级别例数变化

肌力级别	0	1	2	3	4	5
治疗前	40	13	9	1	0	0
治疗后	9	9	12	11	18	4

表1所示，经过1—4疗程治疗后，原40例肌力为“0”级的患者，有31例不同程度得到改善和提高。在运动功能恢复和改善的同时，有23例伤残患者恢复了感觉功能，占36。51%；29例患感觉平面有不同程度的下降，占46。03%。感觉功能改善和恢复者点82。54%，49例合并有大小便失禁的患者，有41例大小便得到控制和有了感觉，占总数的83。67%。

表Ⅰ.63例外伤瘫痪患者在不同疗程中的康复效果

疗程	例数	康复疗效			
		基本痊愈	显效	好转	无效
4	12	3	3	5	1
3	2		2		
2	22	3	3	14	2
1	27	2	3	16	6
合计	63	8	11	35	9
%	100	12.69	17.46	55.56	14.29

从表Ⅰ可以看出，治疗4个疗程(12例)有效率为91.66%；2个疗程(22例)有效率为90.91%；1疗程(27例)有效率为77.78%。从而提示，外伤瘫痪患者的矩阵针灸治疗需要较长时间，一般4个疗程后才能较准确地评价其真实疗效。

矩阵针灸对瘫痪肌肉的肌电影响

对收治的63例瘫痪患者，在矩阵针灸治疗前后对其中的42例进行了瘫痪部位肌肉的肌电检测。测试仪器为日本光电公司出品的3030—M型肌电图仪。操作严格按肌电图检查常规执行，采用单极同心电极，检查部位为股四头肌、胫骨前肌。室温为22—25℃。结果发现，随着瘫痪肌肉经矩阵灸治疗后肌力的恢复，动作电位波幅增加，频率加快，最大收缩波型由单纯性向混合型转变，个别(4例)病例几近干扰型，外周神经传导速度也由平均12.84M/S，提高到27.5M/S($P<0.05$)。表明矩阵针灸对瘫痪肌肉的康复是有生理基础的。另外，同时发现针具本身及刺激强度对瘫痪肌肉的感应性有绝对的影响，即粗针优于细针。经对82条肌肉对比观察，发现粗针比细针肌电波幅递增47.2%，频率加快40.5%。从而提示，在对瘫痪的针刺治疗中选用粗针强刺激较佳。

讨论

1、矩阵针灸是老师运用《内经》、《针灸甲乙经》等著作的有关论述，创生的将针灸穴方，布置成三维空间的框架结构，把病损部位囿而搁置在这一三维空间中，进而合理针灸调治的一种矩形排阵法则。它不仅为针灸临床治疗学创造了新路也提出了针灸医学的空间概念，发展了《内经》中的“豹纹刺”、“扬刺”等，是对中医经典中“时空方圆”论的全面发展和应用。

2、《素问阴阳应象大论》：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也。”指出阴阳二气是宇宙运动之根本，百病始生之根源，临床治疗之总纲。而今被视为疑难顽症的外伤瘫痪，是有形之脑、脊髓、神经组织受损后，打破了人体阴阳互根、互存、互用的生理平衡，从而表现出阴损阳失用的系列证候群。矩阵针灸治疗外伤瘫痪，在布阵取穴时，考虑到人体的上下、腹背数理上的奇偶，阳经的配合，以及热补凉泻等操作手法。这样，既“从阳置阴”促进了受损之阴的修复和新生；又“从阴复阳”促使失用之阳恢复功能，最终达到了阴生阳复用之目的，使瘫痪肢体趋于康复。

3、矩阵针灸治疗外伤性瘫痪63例，总有效率为85.71%，其中基本痊愈率为12.69%，显效率

为 17.46%，好转率为 55.56%，无效率为 14.29%。在 1—4 个疗程的治疗中，治疗 4 个疗程 13 例有效率为 91.6%，治疗 2 个疗程 22 例有效率为 90.9%，治疗 1 个疗程 27 例有效率为 77.78%。由此说明，矩阵针灸治疗外伤瘫痪的疗程和疗效间的相关性。

4. 在对 42 例外伤瘫痪患者治疗前后瘫痪肌肉肌电分析，发现随着病人肌力的恢复，瘫痪肌肉的动作电位波幅增加，频率加快，最大收缩波型由单纯性向混合型发展，表明矩阵针灸治疗外伤瘫痪是有肌电生理基础的。

（解秀莲）

贺普仁　“三通法”的学术思想

针灸疗法是外治法，人们在大量的实践中总结形成了毫针疗法，火针疗法，放血疗法，艾灸疗法等传统疗法。由于历史的原因和地区的不同，目前北京地区应用传统针刺疗法的毫针居多，放血疗法、火针疗法则用之较少。

贺普仁教授博览群书，集历代医家之大成，认为虽然毫针疗法具有治疗面广，操作相对简单，病人痛苦少，疗效好的特点，但从实践认识，毫针疗法也有局限性。放血疗法，火针疗法同毫针疗法一样，具有治疗面广、效果好的特点，又有针对性强的一面，可以治疗毫针疗法所不奏效的疾病。因此，应与毫针疗法相伍，构成完整的传统医学的针刺疗法——“针灸三通法”亦即微通法、强通法、温通法。针灸三通法对临床常见病、疑难病有良好的疗效。

三通法的理论

针灸三通法是老师经过半个世纪的悬壶生涯将毫针疗法、放血疗法、火针疗法上升为理论的总结。

老师认为，临床诸症，无论寒热虚实，阴阳表里，其病机均属经脉气血瘀滞所致。脏腑、经络之病，非瘀滞于内而不生。《灵枢·刺节真邪》云：“用针之类，在于调气……”。所谓“气”在此为经气也。经气不畅，瘀滞不通，必生疾病。如“不通则痛”。病在脾可致脾虚腹泻、腹胀，病在肝可致肝风内动，头痛抽搐等；病在胆可致胆热痰郁，惊悸不寐，胸闷胁胀；病在胃可致胃寒胃脘疼痛，遇凉加重；病在十二经脉则依各经不同产生相应病症，如手阳明病则齿痛，鼻衄，足阳明病则发热、喉痹；病在奇经八脉依各经不同产生相应病症，如督脉病则脊强、头重、癫痫，任脉病则疝气、瘕聚等；病在十二经筋则表现为关节筋骨的“不举、不摇、转筋、不伸、不屈、疼痛”等症。

凡此诸症，虽八纲不同，脏腑、经络不同，但瘀滞不通为根本病机。故《灵枢·九针十二原》云：“欲以微针，通其经脉，调其血气。”所谓“调”，即调整、通调之意。老师认为针灸治病“调”是原则，通是目的。气血是通法产生作用的对象，而各种刺法则是手段。其简单模式为：

治疗原则（调）——→三通法（微通、强通、温通）——→消除瘀滞　通经活络——→脏腑协调　气血条达　经络通畅

基于这一认识，老师在病机上提出了“气血瘀滞论”，在治疗上提出了“以通为顺论”及“以血行气论”等学术思想，进而形成三通法的理论。

1、微通法：即毫针疗法，即为毫针疗法，又何言微通法？其理在于“微”字，老师认为微通法虽为毫针疗法，除针具“微细如毫”外，关键在于理解其“微妙”之处，如《灵枢·九针十二原》云：“小针之要，易陈而难入，粗守形上守神”，关键在于适当掌握毫针的刺法、手法，及疾病、腧穴之间的关系等。而这些认识和操作技能离不开医者与患者本身，将这些因素有机的融为一体，正确的应用于临床并非易事，确是微妙深奥之技。如《灵枢·小针解》云：“‘粗之暗’者，冥冥不知气之微密也。‘妙哉工独有之’者。尽知针意也。”需医者多年实践，用心揣摩，心领神会其微与妙，融会贯通，取各家之长集一

身，方能“尽知针意”，疗效高超。“微”之含义还有毫针疗法与温通、强通法相比，具有功力较小的特征。故称为微通法。

2、温通法：温通法是以火针疗法为代表的包括艾灸疗法，温针疗法等热疗法。火针在古代称为“燔针”、“焠刺”，是将针具烧热、烧红后迅速刺入皮肤内后种刺法。《灵枢·官针》曰：“凡刺有九，以应九变……九日焠刺。焠刺者，刺燔针取其痹也。”《灵枢·经筋》论述了十二经筋病症。其治疗均是“治在燔针劫刺，以知为度，以痛为腧。”等等，不复赘述。

老师认为，虽人患病，以瘀滞不畅，气血不行为本，但其不通不畅有质与量的不同，脏腑与经络，气与血之间可相互转化。虚证者，可因正虚而致经脉不畅，气血瘀滞；也可因气血瘀滞，经脉不畅导致脏腑正虚。实证者，可因邪实导致气血瘀滞经脉行涩；也可因气血瘀滞经脉行涩导致邪实内闭。由于正虚邪实性质不同，故必有量之不同。温通法则是运用温热之功力，温通经脉，鼓动气血运行，如腊月寒冰，得温则化，遇热则通，气血经脉通畅，气机条达，诸病可愈。

老师通过火针疗法的实验观察发现，经火针治疗，患者的甲皱微循环治疗后较治疗前有明显的改善，如血色变红，血流增快，血流势态好转等。经火针治疗，患者的红外热象图反应，治疗后较治疗前温度明显提高。验证了温通法具有行气活血，温通经脉的作用。

据《内经》记载，当时火针疗法主要用于痹证、疼痛等，且以痛为腧为治疗大法，适应病种少，应用简单。自60年代始，老师潜心攻读，多方验证，通过大量的临床实践，认为温通法不失为一种治疗顽疾痼疴的有效手段，与微通法、强通法相参合用，其效相得益彰。

临床温通法虽以温热为效力，偏重于治疗寒症，此仅相对而言，临床使用不必拘泥，如《针灸聚英》云：“火针惟假火力，无补泻虚实之害。”

3、强通法：即放血疗法。亦为古代疗法之一。《灵枢·小针解》曰：“菀陈则除之者，去血脉也。”说明若气血瘀滞过久则应用放血方法治疗。《素问·三部九候论篇》曰：“经病者，治其经，孙络病者，治其孙络血……上实下虚，切而从之，索其经络脉，刺出其血，以见通之。”《灵枢·癫狂》曰：“狂而新发，未应如此者，先取曲泉左右动脉，及盛者见血，有倾已。”说明若体内有顽疾久病，气血瘀滞于内或病虽新发，症状危重，必用放血疗法以解痼疾顽疴，以救危重之症。由于放血疗法其功力大于微通法，故称为强通法。

老师认为，凡诸症气机不调，经脉不畅，必有瘀滞，若瘀滞日久，必成血气瘀滞之顽症，非毫针微通所及。“气为血帅，血为气母”，气血相互为用，“以血行气”强令经脉通行，气血调畅达到气行血行之目的，如泥瘀渠道，非强力掘之而不通。

通过对一些高血压病人放血治疗前后甲皱微循环的观察发现，治疗后较治疗前有明显的变化，如迂曲管襻减少，开放管襻增多，血流增快，血色变红，管壁渗出及出血点减少等，验证了放血疗法具有行血气，调经脉，祛瘀陈的作用。临床多用于热证、实证。

三通法的临床应用

1、微通法：是针灸临床的基本疗法，广泛地应用于临床各科。按照“虚则补之，实则泻之”的治则，对多种疾病有良好的疗效，但由于针力有限，尚需其它疗法补充。

2、温通法：适用于内、外、妇、儿、皮科、五官科等疾病。如胃炎，肠炎，胃下垂，哮喘，头痛，关节炎，癫痫，神经炎，月经不调，盆腔炎，痛经，子宫肌瘤，外阴白斑，疮疖肿毒，脉管炎，血管瘤，瘰疬，癣痒诸症，胬肉攀睛等。

温通法以火针疗法为代表，其操作可分为：

①经穴刺法：根据症状辨证辨经，以经取穴。主要用于内科疾病，如哮喘，腹泻等。

②痛点刺法：即在病灶部位找痛点，以痛为腧。主要适用于各种肌、关节、神经等疼痛，如关节炎，肩周炎，坐骨神经痛等。

③密刺法：即用火针密集地刺激病变局部。适用于某些癣症及皮肤增生，角化病变等。如皮神经炎，瘢痕，鸡眼等。

④围刺法：即用火针围绕病变部位行针刺的方法。适用于病变面积较大的局部，带状疱疹，静脉炎等。

⑤散刺法：即用火针散刺病变部位。适用于多种疾病，如麻木，瘙痒，拘挛等。

综上所述，老师将温通法的作用概括为：祛寒除湿，清热解毒，消癥散结，去腐生肌，益肾壮阳，升阳举陷，宣肺定喘，解痉止痛，祛风除麻等。

3、强通法：适用于内、外、妇、儿、皮科、五官科多种疾病，如高热不退，咽痛、头痛等各种疼痛，口舌生疮，恶心呕吐，中暑，神昏，暴发火眼，疖痈肿毒，顽癣麻痒等。

放血疗法的操作方法可分为：

①缓刺法：用于浅表静脉放血。进针缓慢。常用尺泽，委中，太阳，金津，玉液等穴。适用于病症较重及局部有病者。

②速刺法：即点刺法。进针迅速，出针迅速。常用井穴，十宣等穴。适用于咽喉疼痛，中风，中暑，麻木等症。

③挑刺法：即用针将局部皮肤挑破出血。多与拔罐相伍，如后背腧穴的挑刺。多用于白癜风，黄褐斑等。

④围刺法：即在病变周围进行挑刺放血的方法。少则数针，多则10数针，用手或罐令出血。常用于局部治疗，如麻木，带状疱疹，丹毒等症。

⑤密刺法：即在病变局部用针具点刺出血。多用梅花针操作。适用于麻木，癣症等。

综上所述，老师将强通法的作用归纳为：退热泻火，解毒止痒，消肿止痛，镇吐止泻，治麻，救急等。据临床统计，老师应用三通法治疗的疾病大约在140—180种左右，毫针治疗约40—50%；火针治疗约占30—40%，放血治疗约20—30%。涉及到内、外、妇、儿、五官、皮科、神内、骨科等。三通法应用虽各有不同，其机理同出一辙，临床上相参合用，运用得当，效如桴鼓。

（王京喜　徐春阳）

李仲愚　　北辰穴、八荒穴及共临床应用

李仲愚老中医继明师之传，得奇方颇多，其针灸奇穴北辰、八荒等是临床精华之一。其穴位居于头，属络脑髓，寄寓元神，具调节脏腑经络的作用，可达到“阴平阳秘，精神乃治”的效果。

百辰穴

1、取穴方法　从神庭至百会穴的连线(督脉所循处)为北辰正中线，再分别从两眼目内眦、瞳孔正中、目外眦向头顶引正中线的平行线，左右各3条，共计7条，称之为经线。又从神庭沿发际引1条与经线相交的纬线，形成7个交点，称为北辰穴1段。另从百会穴向两耳尖引1条与经线相关的纬线，同样形成7个交点，称为北辰穴4段。在1段与4段之间，引两条纬线，将经线平分为3段，依顺序为成为北辰穴2段和北辰穴3段，每段7穴，共计28穴，统称为北辰穴，见图1、2、3。

2、针刺方法　在经纬交点处，用毫针沿经线方向平刺0.5—1寸，每次取1段北辰穴，交替使用，亦可随证独取1段或4段北辰穴同用。

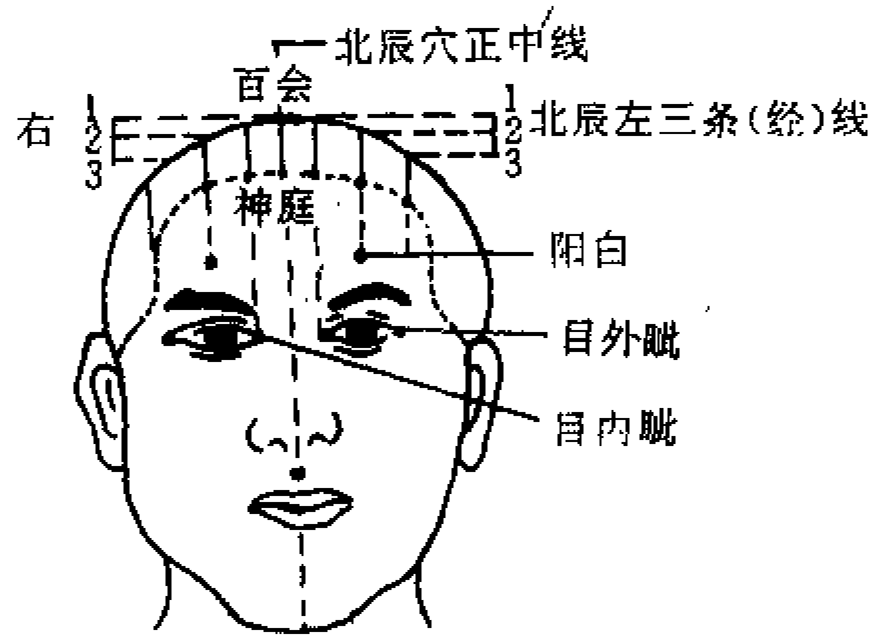
3、主治病证　临床主治中风瘫痪、口眼㖞斜、语言蹇塞、手足痿弱等神经系统病症。李氏认为北辰穴有化瘀通窍，祛痰活络的作用。

治案举例

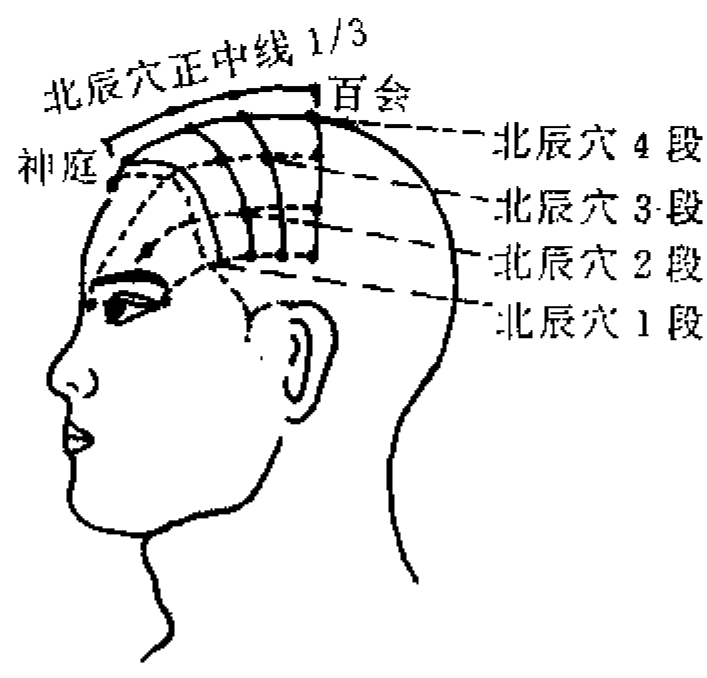
翁某某，男，68岁，退休工人，住院号53218，1988年2月6日因突发左半身不遂于外院治疗10天后入我院。

查：在上肢近端肌力Ⅲ°—Ⅳ°，远端肌力Ⅲ°，下肢近端肌力Ⅰ°，远端肌力0°，左中枢性轻度面瘫。头颅CT示“脑梗塞”，入院诊断为中风(中经络)、脑梗塞急性期。

治疗：取针刺北辰穴，每日一段(七穴)，交

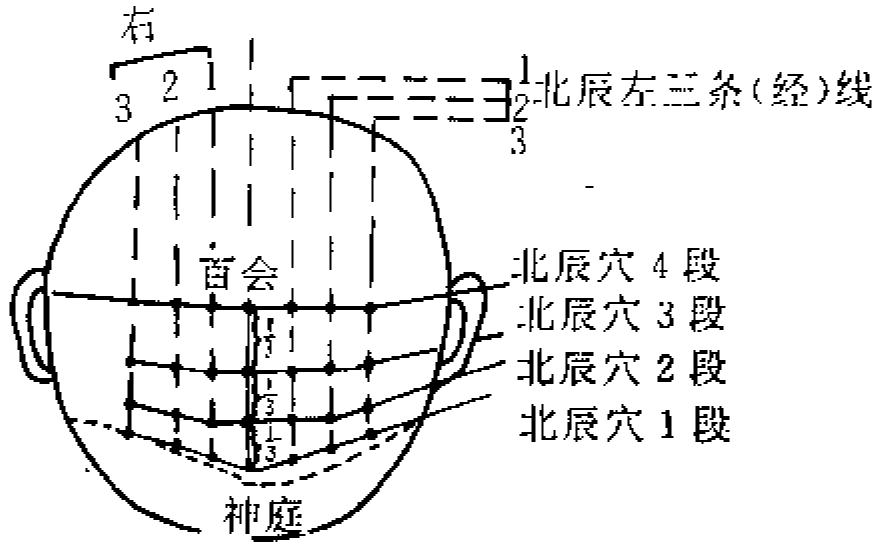


图Ⅰ　北辰穴正前标定线(经线)
·正面北辰穴定位



图Ⅱ　北辰穴侧面标定线
·侧面北辰穴定位

替治疗。用1.5—2寸26号不锈钢毫针按平补平泻手法行针，得气后留针半小时。经治疗10天后，下肢肌力恢复至Ⅲ°—Ⅳ°，上肢肌力恢复至Ⅳ°—Ⅴ°，杖支下床活动，继续用北辰穴治疗10天后，瘫肢肌力恢复正常，面瘫全愈，于2月25日出院。



图Ⅲ　北辰穴顶面标定线

·北辰穴定位

八荒穴

1、取穴方法　以百会(天谷)穴为中宫(作中心)，从百会前至神庭穴的距离作半径，画一个圆圈，把这个圆分为八个等分点，即天、地、风、云、龙、虎、鸟、蛇与八卦相应的八方(北、南、西南、东南、西北、东北、东、西)，形成八个穴位，即为外八荒。再把中宫至外八荒的距离分作三等分，画成两个圆圈，即为中八荒和内八荒。内、中、外八荒二十四个穴位就构成了八荒穴。见图4、5。

2、针刺方法　用毫针平刺0.5—1寸，针尖均朝中宫百会方向。一般每次交替取一组八荒(8穴)，亦可辨证独取一组八荒穴或三组八荒穴同用。

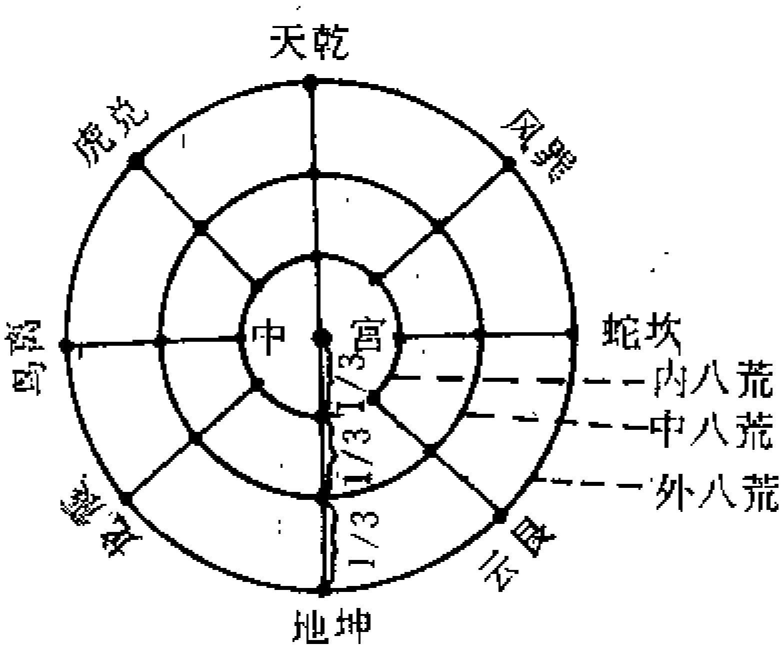
3、主治病证　八荒穴主治偏正头痛，眩晕、失眠、健忘、痴呆等病证。凡血管神经性、外伤性、脑动脉硬化症所致头痛、眩晕，血管性痴呆，神经衰弱性失眠、焦虑症等。

治案举例

王某某，男，54岁，干部，住院号62934 90年9月10月入院。

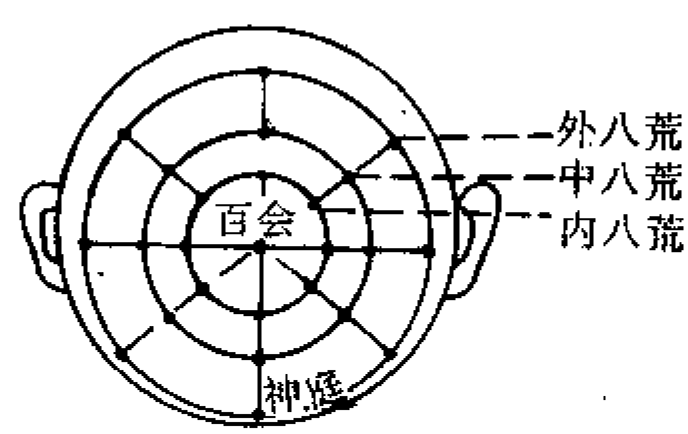
因反复头痛、头晕1年，加重伴右下肢麻木乏力6个月以上。6个月以前曾因劳累和外感受凉后诱发左侧头痛加剧，甚则痛如锥如裂，伴头晕乏力。曾住某医大附院，CT：C_3—C_7平扫示颈椎病，经治疗效欠佳。近期遇寒冷、劳累后头痛、眩晕加重，不能胜作日常工作，右下肢麻木及趾端发冷加剧，行走乏力、微跛行。诊断：头痛、痹证；血管神经性头痛，颈椎病。

治疗：因其头痛属实证，取八荒穴，用26号1.5—2寸不锈钢毫针针刺得气后留针半小时，用泻法。每日取1组八荒，交替治疗。配合针右风市、三里、昆仑诸穴以治疗其痹证。经治疗两



图Ⅳ　八荒穴示意图

·八荒穴定位



图Ⅴ　八荒穴定位

周，头痛、眩晕明显好转，继续巩固治疗1月后临床症状基本治愈出院。

北辰穴、八荒穴的临床配合疗法

李氏针灸奇穴如用兵布阵，进退井然，配合方药相得益彰，故常于疑难杂病，多获奇效。如北辰穴主治中风，李氏常于中风急性期或其中于脏，或中于腑者，大法宜祛瘀活血、豁痰开窍，务使元神清宁。自拟三七贝母汤（生三七粉10g，川贝10g，藕节30g，白茅根30g）为主配服，以冀血止瘀化，痰祛浊泻，急夺其标。而于中风后遗之口眼㖞斜、言语謇涩，手足偏瘫，或肢节拘急，麻木疼痛者，大法以宣通经络，行气豁痰，标本兼治，务使气血流通。自制乌附星香汤（制川乌10g，制白附子10g，制南星10g，广木香10g），是方集古方三生饮、星香散、牵正散宣通辛散之长，而于临床则因人因症随症化裁。如兼气血不足则合王氏补阳还五汤或自拟之桃红四物保元汤以益气化瘀；手足拘急、疼痛麻木属痰瘀阻痹者，合以经方当归四逆汤合五通散（血通、木通、香通、淮通、花通）以调气行血，通经活络；甚者合升降散以熄风化痰，升降气机。

又八荒穴主治头痛、眩晕、失眠，因于虚寒者，配合温灸关元、气海诸穴，甚者取百会温升阳气、取涌泉温补肾元、益火消阴。

图Ⅰ、北辰穴正前标定线（经线）正面北辰穴定位

图Ⅱ、北辰穴侧面标定线侧面北辰穴定位

图Ⅲ、北辰穴顶面标定线北辰穴定位

图Ⅳ、八荒穴示意图八荒穴定位

图Ⅴ、八荒穴定位

（钟枢才　刘全让）

邵经明　针灸防治哮喘经验

邵氏采用针灸治疗哮喘，经过50余年的努力，探索出一套防治规律，经长期观察及多次实验，验证了其平喘效果，并加深了哮喘病机及针灸作用机理的认识。现将其经验介绍如下。

主穴及配穴的应用规律

主穴，即肺俞、大椎、风门，肺俞是肺脏精气输注之处，有调肺气、止咳喘、实腠理作用，主治呼吸系统内伤外感诸疾；大椎乃督脉和诸阳经之会穴，既可治热症、神志疾患，又有宣通肺气平喘之效；风门属足太阳经穴，为风邪入侵之门户，有祛邪平喘、预防感冒之功。三穴同用，既可宣肺平喘，又能预防复发，对单纯性支气管哮喘疗效显著。在发作期，可使肺内气道阻力降低，哮喘即时得到缓解；用于缓解期，则有调节和改善肺功能的效果，使远期疗效得到巩固。

哮喘是呼吸系统的顽症痼疾，初病多属肺实，病久可致肺脾肾俱虚，故治疗既以三穴为主，又要随症配穴。如喘息型支气管炎，多为慢性支气管炎日久并发哮喘，也有哮喘日久合并慢性支气管炎者，表现为喘、咳、痰等症，中医认为乃肺虚宿痰、六淫外袭所致，取三主穴，咳者配尺泽、太渊，痰多者配中脘、足三里。尺泽、太渊是手太阴经的子、母穴，二穴同用，一补一泻，可调节肺经之虚实，有宣肺止咳之效。中脘为胃之募穴，足三里为胃经合穴，二穴合用，健脾消痰之益彰。

阻塞性肺气肿，以喘息型支气管炎引起者多见，但支气管哮喘日久也可继发，表现为气短难续、动则喘甚等症，中医认为乃肾虚失纳致，取三主穴配肾俞、关元、太溪。肾俞是肾之背俞穴，有调补肾气、益水壮火、强健气化作用；关元属任脉与足三阴经之会穴，有培肾固本、补益原气之功；太溪为肾经原穴，有滋肾阴、壮元阳、纳肾气之效。与三主穴相配，对肺肾俱虚的虚喘，能益肺固肾、增强体质、预防复发。

此外，若有外感可配合谷以宣散解表；痰壅气逆配天突、膻中可降逆消痰；口舌干燥配鱼际可清热润肺；心悸配厥阴俞、心俞、内关可强心定悸等。总之，三方穴与相应穴位配伍，可统治以喘咳为主要表现的多种呼吸道病症。

哮喘防治过程中，还应注意以下几点：①本病阳虚者多见，遇寒易发，冬季加重，故宜针灸并用或多灸；阴虚内热，或肺部感染有热者，宜针后拔火罐于大椎和肺俞之间。背部腧穴，切忌深刺，成年人用1寸毫针，刺入5－8分，儿童用0.5寸针，刺入2－3分或点刺不留针。②嘱患者注意预防感冒，加强体质锻炼，对易引起发作的致敏物质，如烟、酒、虾、蟹、糖、醋、异味、大荤、生冷食物及其它过敏物，应特别注意禁忌。③使患者增强信心，坚持治疗，尤其缓解要耐心施治，才能逐步改善体质、减少发作，进而达到治愈目的。

快速平喘实为治疗哮喘之要务。据观察，针灸主配穴，多可迅速缓解症状。如一男患者，48岁，突然哮喘大发作，张口抬肩、大汗淋漓、面色灰白、唇甲青紫，可闻哮鸣音，针三主穴配鱼际、孔最，同时配合吸氧，1小时后喘平、哮鸣音消失，而患者过去大发作需注射地塞米松后六小时才能缓解。

哮喘病有宿根，最易反复发作，因此缓解期仍需坚持治疗以扶正固本、预防复发。如治疗得当，

不少人可达不再发作之目的。所以认真对待缓解期治疗十分重要。哮喘病的发作多在冬季，仅少数病人一年四季或在夏天发作，所以一到气候温暖，多数患者症状缓解，病情减轻。根据《内经》"春夏养阳"及古人"冬病夏治"原理，邵氏主张夏秋缓解期(5—9 月)开展针灸防治哮喘治疗。此时自然界阳气旺盛、气血畅通。病人内有抵抗之力，外可免受寒冷刺激，若再施以针灸治疗，则有利于调整肺脾肾等脏腑功能，鼓舞人体正气，增强机体抗病能力。因此提出针灸防治哮喘远期疗效方案，即 1 年观察疗效，2 年巩固疗效，3 年以后总结疗效。在这 3 年之中，每年夏秋季节，要求患者治疗 2—4 个疗程。通过 3 年观察，经冬而哮喘不犯，或遇感冒哮喘不发者，方为获得长期效果。

据临床观察，单纯性支气管哮喘疗效显著；喘息型慢性支气管炎次之；合并肺气肿者较差；寒性哮喘病程短者疗最好；年老肾虚病程长者疗效较差。凡针灸治疗得到根治者，但比青少年要少得多。因此，凡患哮喘，以早期治疗为宜。

诊断、治疗和实验密切结合

近 10 余年来，邵氏在系统观察临床疗效的同时，通过正交试验、肺功能、甲皱微循环、血液流变学、免疫功能等实验研究，进一步加深了对三穴平喘效应、哮喘病机及针灸作用机理的认识。如三主穴(肺俞、大椎、风门)二水平(深、浅)正交试验，区别了穴位的主次及针刺深浅，证明三穴平喘作用以肺俞(刺入五分)为佳，从而把肺俞从第三主穴上升为第一主穴。肺功能实验表明，发作期针后较针前肺活量、最大呼气流速及 1 秒量等 7 项功能指标均有明显改善；缓解期患者肺功能仍不正常，气道残气量增加，而针灸 1 疗程后肺功能 7 项指标也均有显著改善，说明无论发作期，还是缓解期，针灸都能直接改善肺功能，从而起到即刻平喘及预防复发的作用。甲皱微循环及血液流变学实验表明，针灸前哮喘患者甲皱微循环明显障碍，全血高切比粘度等 5 项血液流变学指标均明显异常，而针灸 3 疗程后，甲皱微循环障碍及血液流变学指标异常得到明显改善，说明针灸具有理气活血的作用，从而验证了古人"气为血之帅，血为气之母"、"气行则血行、气滞则血瘀"等理论。免疫功能实验表明，针灸前免疫球蛋白 IgA、IgA、IgM、IgE、血清补体 C_3 及白细胞计数、嗜酸性粒细胞计数、白细胞吞噬指数、淋巴细胞转化率等均有明显异常，而针灸 3 疗程后，上述各指标均得到不同程度的改善，说明针灸能提高机体的细胞免疫和体液免疫，使机体的过敏状态得到改善。

需要指出的是，实验研究必须以中医理论为指导，坚持为中医病机等研究服务，才能使临床经验得以升华，使中医理论得到提高。如以上肺功能、微循环、血液流变学、免疫功能等实验研究，初步证实哮喘患者存在三大病理环节，即肺通气障碍(肺失宣肃)、血液循环障碍(血瘀)和免疫功能缺陷(正虚)，而针灸治疗后能够宣通肺气、活血化瘀、改善体质，因此能够获得理想的治疗效果。

(朱彦岑　王民集)

彭静山　对“观眼识病”的研究

辨证论治是中医的精髓，四诊是中医诊断的必要手段，望诊是四诊之首，在诊断上占有重要地位，为历代医家所重视，故有“望而知之谓之神”之说。“观眼识病”就是通过观察病人双眼白睛上的络脉形色来诊断疾病，测知疾病的性质，病变的部位，病势的轻重缓急以及疾病的预后。“观眼识病”的研究，增加了中医望诊的内容，将中医的望诊向前推进了一步。

“观眼识病”是彭静山教授以眼与经络的联系为理论基础，在华佗察目“可验内之何脏腑受病”观点的启发下，结合自己数十年的临床经验，通过对一万多病例的观察和潜心研究，在临床实践中逐步探索总结出来的。

彭教授耳聋特甚，在临床四诊中只能用望诊和切诊，极大影响了临床资料的搜集，于是便潜心研究，想到用自己的视力来探索一条诊断疾病的新路，达到“以目代耳”的目的。

理论基础

眼通过经络与脏腑有不可分割的联系，人体十一经脉除肺、脾、肾、心包四经以外，有八条经脉是以眼睛作为集散之处。又肺与大肠相表里，脾与胃相表里，肾与膀胱相表里，心包与三焦相表里，因此可以说十二经脉直接或间接都与眼睛有着密切联系。《灵枢·邪气脏腑病形篇》：“十二经脉，三百六十五络，其气血皆上于面而走空窍，其经阳气上走于目而为睛。”《素问·五脏生成篇》：“诸脉皆属于目”。这都说明了眼睛通过经络与脏腑紧密相连。

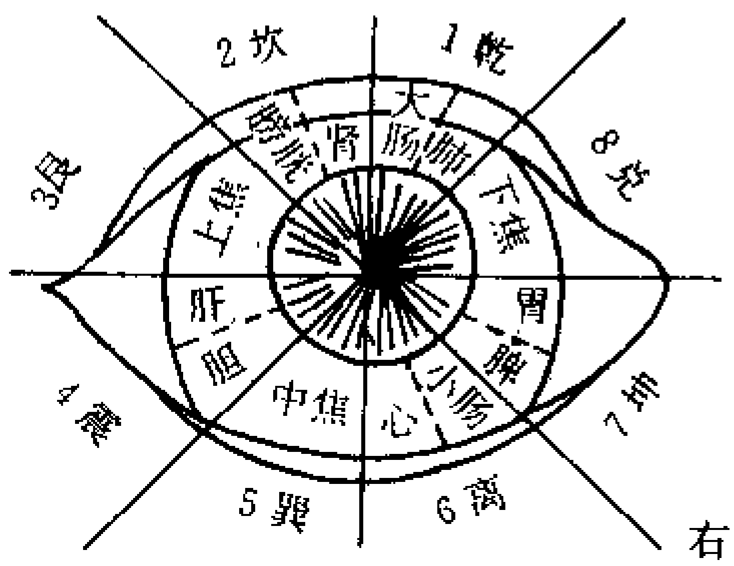
王肯堂在《证治准绳》中写道：“华元化云：目形类丸，瞳神居中而前，如日月之丽东南而晚西北也。内有大络六，谓心、肺、脾、肝、肾、命门各主其一；中络八，谓胆、胃、大小肠、三焦、膀胱各主其一；外有旁支细络莫知其数，皆悬贯于脑，下连脏腑，通畅血气往来以滋于目。故凡病发，则有形色丝络显现，而可验内之何脏腑受病也……”。傅仁宇的《审视瑶函》在引用了华佗的这段话以后又指出：“夫八廓之经络，乃验病之要领，业斯道也，岂可忽哉。盖验廓之病，与轮不同。轮以通部形色为证，而廓唯以轮上血脉丝络为凭，或粗细连断，或乱直赤紫，起于何位，侵犯何位，侵犯何部，以辨何脏何腑之受病，浅深轻重，血气虚实，衰旺邪正之不同，察其自病传病经络之生克顺逆而调治之耳。”

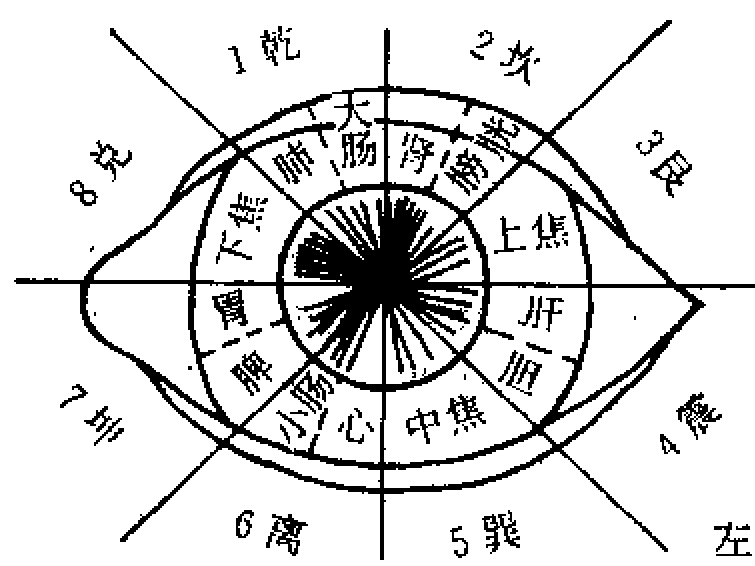
眼区划分

观察眼睛形色丝络显现，便可验内之何脏腑受病。那么，在白眼的某一部位出现络脉时，到底属于哪一脏哪一腑的病变呢？为了解决这个问题，必须首先探索眼睛各部位与脏腑的配属关系，把眼与脏腑配合起来，看到一部位有络脉显现便知哪一脏腑受病。《证治准绳》记载：“八廓应乎八卦，脉络经纬于脑，贯通脏腑，以达血气往来以滋于目……，乾居西北，络属大肠之腑，脏属肺……，坎正北方，络属膀胱之腑，脏属于肾……；艮位东北，络通上焦腑……；震正东方，络通胆腑，脏属于肝……；巽位东南，络通中焦之腑……；离正南方，络通小肠之腑，脏属于心……；坤位西南，络通胃之腑，脏属于脾……；兑正西方，络通下焦之腑……。左目属阳，阳道顺行，故廓之经络法象亦以顺行。右目

属阴，阴道逆行，故廓之经络法象亦以逆行，察乎二目两眦之分则昭然可见阴阳顺逆之道矣。”

八廓来源于八卦，根据八卦与脏腑的关系，彭教授认为用八卦将眼睛分为八区最为合理，其划分的方法是：病人仰卧，头向北，通过目内外眦划一水平线，再由阳白经鱼腰、瞳孔、承泣划一直线，这样就将眼球分为四个象限；再通过瞳孔将每一象限分为两区，则将眼球分为相等的八个区。左眼的西北方正当乾卦，合肺与大肠；正北为坎，合肾与膀胱；东北为艮，合上焦；正东为震，合肝与胆；东南为巽，合中焦；正南为离，合心与小肠；西南为坤，合脾与胃；正西为兑，合下焦。为了使用方便将坎、艮、震、巽、离、坤、兑八卦改用1、2、3、4、5、6、7、8八个数字代替。左眼的眼区进行序列为顺时针方向。把左眼划区图向右水平翻转即为右眼的划区图，与左眼对称；眼区进行序列为逆时针方向。如图。





眼区络脉形色

人的白睛（结膜）上隐约可见纵横交错的络脉。正常人的络脉纤细而不明显，尤其是儿童的眼睛，如果没有生过大病，则白睛青白洁净，看不出络脉的分布。若是发生疾病，或由表传到脏腑，或由脏腑传到体表，不论是某一经或是几经受病，都可以从白睛上显露出来，而且一旦出现，其残痕便与生共存。通过十几年的临床观察，逐步找到了白眼上络脉变化的规律，归纳出白睛络脉有七种形状和八种颜色，并总结出各种形状和色泽与疾病的关系。从而可以通过络脉的形和色泽来判断疾病的轻重，病程的长短，寒热虚实以及预后的转归。

络脉出现有七种形状

1、根部粗大　在白睛边缘处络脉粗大，向前则逐渐变细，多属于顽固性疾病。

2、曲张或怒张　络脉由根部延伸，中间转折曲张以至于怒张，为病势较重。

3、延伸　络脉由某一经区发出后传到另一经区，出现延伸现象，提示疾病有传变。

4、分岔较多　一条络脉从白睛边缘发出后，逐渐出现多个分岔，说明病情不稳定而容易变化。

5、隆起一条　络脉表线，似在白睛表面，多属六腑病。

6、模糊一片　络脉短细而多，聚成一小片模糊不清，多出现在肝胆区为肝郁症。

7、垂露　络脉下端像垂着一颗露水珠一样，如见于胃肠多属虫积，如见于其他经区多属瘀症。

络脉的颜色表现有八种

1、络脉鲜红为新发病，属于实热，病势正在发展。

2、络脉呈现紫红色为邪热炽盛。

3、络脉深红主于热病而病势较重。

4、络脉红中带黑属于热病入里。

5、络脉红中带黄标志胃气渐复，为病势减轻。

6、络脉颜色淡黄为疾病将愈。

7、络脉颜色浅淡是气血不足，属于虚证或寒证。

8、络脉暗灰属于陈旧性病灶。疾病早已痊愈，但络脉在白眼上的痕迹永不消失。观察时医生洗净双手，先看左眼后看右眼。病人放松，用拇食两指将眼上下分开，让病人眼球转向内眦，可从2区观察到5区；然后让病人眼球转向外眦，可从6区观察到1区。这样，八个经区可全部看到。哪一经区有络脉显现还需仔细观察，两眼看完只需1—2分钟，病人无任何痛苦，观察也很方便。

"观眼识病"的临床验证

为了验证"观眼识病"的科学性和准确性，彭教授从1970年起就将"观眼识病"应用于临床，对一万名病人进行实际观察，积累了大量的临床资料。并用"双盲法"比较验证。"双盲法"即对初诊病人由一名医生采用"观眼识病"法，通过观察白睛上显现的络脉形色，判断病变部位、寒热虚实并做好记录；再由另一名医生运用中医四诊，配合必要的现代化检测(如CT、超声波、放射线、心电图、化验等)，然后将两个结果进行对照，以中医辨证的结果为准，验证"观眼识病"的准确性。并确立观察标准如下：

1、以中医诊断结果与"观眼识病"结果相一致为完全准确。

2、以中医诊断结果通过辨证分析间接地与"观眼识病"结果相一致为基本准确。

3、以中医诊断结果与"观眼识病"结果不完全一致为部分不准确。

4、以中医诊断结果与"观眼识病"结果不一致为完全不准确。

最后进行统计学处理。

验证结果：在一万个病例中完全准确者占62.6%，基本准确者占28.1%，总准确率为90.7%；部分不准确者占8.6%；完全不准确者占0.7%。

结　语

"观眼识病"和舌诊、脉诊一样，是中医诊病的一种新方法。已通过了国家鉴定，它为中医望诊增加了新的内容，提高了临床诊断的准确性，是一种简单、准确、方便的诊察方法，它将在中医诊断中发挥更大的作用。

(田维柱)

杨介宾　针灸刺血治病经验摘萃

成都中医学院教授杨介宾老师，从事针灸医疗、教学、科研工作四十多年，学验俱丰，多年来潜心研究针灸刺血疗法，将前人有关刺血的理论和经验进行系统整理，并在临床中验证，体会殊深。逐步形成了自己的刺血风格和独到经验，用于多种疾病的治疗取效甚捷。

划刺泻血治面瘫

针灸治疗面瘫方法多样，杨氏在长期的医疗实践中通过对各种针灸治疗方法比较，认为使用粘膜划刺泻血法效果更为理想，不仅可使初发患者迅速得到恢复，而且对于久治不愈的陈旧性面瘫，即使病程已达数年也可取得一定的疗效。治疗方法划刺部位：上、下眼睑结膜，面颊部口腔粘膜，均取患侧。操作：先用手指翻开患者上眼皮，使上眼睑结膜充分暴露，用70%酒精棉球消毒后，再选用细三棱针或1寸粗毫针沿睑结膜纵线划刺，深度以针尖触及睑板，划刺后血液渗出为度。等距离划刺5－6针，下眼睑结膜划刺方法与此相同。面颊部口腔粘膜划刺时，嘱患者张大口腔充分暴露施术部位，消毒后，以口齿咬合线所对处粘膜为横轴，以第二磨牙所对处粘膜为起点，用长三棱针沿纵线划刺，每隔0.5公分左右划刺一针，划刺长度约1公分，深度以划破粘膜，血液渗出为度。本法隔3日治疗一次，10次为一疗程。陈旧性面瘫可每周划刺一次。

周某，男，52岁，成都有机硅研究中心工作，1991年6月14日初诊。主诉：左侧面瘫2周。病史：患者2周前吹风扇后觉面部有麻木感，次日晨起漱口时左口角漏水，左眼不能闭合，某医院诊为："周围性面神经炎"，给肌注B族维生素及口服强的松，又服中药3剂效果不显。诊见左侧眼睑闭合不全，额纹消失，鼻唇沟变浅；口角向右歪，不能吹口哨及鼓腮，口角漏气，舌正，质略红，苔薄白，脉浮。治法：祛风散邪，通经活络。取穴：左侧上下眼睑结膜，面颊部口腔粘膜。操作：用三棱针划刺出血。隔日治疗一次。第一次治疗后，患侧眼睑闭合好转，5次后已能完全闭合，面部静止时已不觉歪斜，经10次治疗面部诸症消失而告愈。

井穴刺血治肢麻

手指或足趾麻木是临床常见病证，可产生于多种疾病。此证初起，多以麻为主，如未能及时治疗或治疗不当，则可由麻致木，由木而致活动不便。杨氏认为，麻木原因虽多，总属气血病变，多由气血亏虚，风寒湿邪或痰瘀遏阻经络，经气运行不畅所致，如《证治汇补》所说："麻木，因营卫行涩，经络凝滞所致。"在针灸治疗方面当取井穴刺血，可起到通经接气，活血消瘀的作用。再根据病情，配合使用其他针灸治疗方法，可迅速使病人麻木减轻直至治愈。

张某，男，55岁，1991年7月初诊，主诉：右上肢麻木一年多。病史：自1990年春季以来，先出现右手指麻木，逐渐感右前臂也发麻，到某医院检查脑血流图，提示"脑动脉硬化"，给服扩血管西药，麻木未见减轻。检查：形体肥胖，右上肢外观无异常，舌质淡，舌体胖边有齿痕，苔白腻、脉滑。诊断：右上肢麻木（脑动脉硬化）。治疗：通经活络，祛风化痰。取穴：右手六经井穴、百会、风池（双）、曲池

(双)、丰隆(双)。操作:井穴用三棱针点刺,每个井穴出血3—5滴,其余穴位毫针刺法,右侧曲池艾条灸10分钟,隔日治疗一次,10次为一疗程。二诊后麻木减轻,七诊后麻木消失,后巩固治疗五次,随访一年未见复发。

刺血解表退高热

杨氏用刺血疗法治疗外感高热,尊奉张子和"泻血乃发汗之一端"的观点。认为子和之说是对经旨的阐发,在《素问·刺热病》篇中有"肺热病者,先淅然起毛恶风,舌上黄,身热……刺手太阴阳明,其血如豆大,立已。"及"热病先手臂痛,刺手阳明太阴而汗出"的论述,清楚地阐明刺血有发汗解表,汗出热退之功。

对于古人的经验和理论,杨氏历来主张在可能的条件下弄清其机理。他指导研究生对刺血治疗高热进行了实验研究。实验结果表明:少商、商阳、大椎等穴刺血,能增强白细胞和红细胞免疫功能,调节体温中枢,降低毛细血管通透性,具有抗炎、抗过敏、抗微生物的作用。

缪某,女,13岁,成都玉林中学学生,1992年7月21日初诊。主诉:高热三天。病史:患者三天前因吹风扇过久受凉,出现头昏痛、鼻塞、流清涕,发热恶风,口干咽痛,三天来,体温波动在38.5—39.2℃之间,某医院诊为"上呼吸道感染",经静脉滴注青霉素,庆大霉素,肌注柴胡注射液,口服抗病毒冲剂及扑炎痛,高热不退。检查:面赤无汗,咽部充血明显,悬雍垂轻度红肿,体温39.3℃,舌红、苔薄白、脉数。诊断:外感风热。治法:疏风解表清热。取穴:少商、商阳、大椎、曲池、合谷。操作:少商、商阳点刺出血,每处出血3—5滴,大椎穴用三棱针散刺5—7针出血后加拔火罐10分钟,曲池、合谷用毫针疾刺出针,针后观察1小时,患儿头额部已有微汗,体温降至38.5℃,2日后复诊,体温37.2℃,诸症均减,续针一次,体温恢复正常。

刺"五心"启闭开窍

中风闭证的病机要点在于肝风鸱张,痰叉蒙蔽心窍,邪实内闭。据此杨氏在吸取前人经验基础上,结合穴位性能及主治作用,自拟"五心"穴为主,即百会(顶心)、劳宫(二手心)、涌泉(二足心),采用急刺出血治疗,每救生命于垂危,百会穴为督脉、足厥阴交会穴,督脉入于脑,具有熄风醒脑之功,为历代救治中风要穴。涌泉为足少阴井木穴,善救治厥证。"五心"穴具平肝熄风,清心豁痰,启闭开窍之功,配伍人中、合谷、太冲、十二井穴,珠联璧合,构成治疗中风闭证的效验穴位处方。

郭某,男,65岁,成都市第二运输公司退休工人。1988年11月17日初诊,家属代诉左半身不遂伴昏迷五天。病史:近十年来,经常头晕头痛,曾到某医院体检,发现血压偏高,以后间断服降压药,近一月来上述症状日渐加重,5天前凌晨起床解手时,突然晕倒,不省人事,到某医院急诊观察室救治,诊为"脑出血",经输液吸氧治疗效果不明显。检查:左侧口眼歪斜,半身不遂,神志不清,牙关紧闭,喉中痰鸣,面部潮红,大便5日未解,舌质黯红,苔黄厚腻而干,脉弦劲。诊断:中风(闭证)。治法:平肝熄风,豁痰清心,启闭开窍。取穴:"五心穴",人中,合谷,太冲,丰隆,十二井穴。操作:"五心穴"、十二井穴点刺泻血,余穴以泻法针刺之,留针30分钟,每5分钟行针一次,每日治疗一次,经2次治疗,神志稍见清醒,经5次治疗神志转清偏瘫肢体能屈伸活动,后转为半身不遂的针灸治疗,二月后患侧肢体灵活如常。

(杨运宽)

魏 稼　　从"疗法互补论"指导针治哮喘的经验

支气管哮喘(以下简称哮喘)由于反复发作，迁延难愈，历代医家视为难治之症。魏稼教授认为："中医一大特点，即治疗方法特多，灵活性大，潜力大。对每一病症，有许多治疗方案可供优选，更换，化裁，可以取长补短。"在这一理论指导下，魏老师针治哮喘效佳。兹选验案八则，介绍如下。

常规穴失效，改针定喘取效

王××，男，38岁，干部，1968年4月就诊。患者1962年开始咳喘，每逢天气骤变突发，不能工作，经某医院诊断为支气管哮喘。症见恶寒流涕，咽痛咳嗽，剧咳气喘，痰多色白，饮食无味。证属外有表邪，内有痰饮；治宜宣肺解表，化痰平喘。先针刺合谷，肺俞，迎香，丰隆等穴，连治八天，表证缓解，但咳喘仍甚，魏老师改取定喘穴，于大椎旁开5分许进针，深达脊椎横突上，使针感沿脊柱两侧向下或向肺部传导。每次二针，行烧山火手法，留针20分钟。针后即感胸闷减轻。治疗10次后，咳喘显著好转；60次后，哮鸣音消失，身体康复，上班工作。随访10年，疗效巩固。

这是一例用普通穴针刺失效，改刺定喘穴注意控制针感而愈的案例。说明定喘穴长治风寒咳喘。此穴治哮喘虽多有报导，但魏老师认为对实证较为适宜；如治虚喘，宜配合其它穴位，阳虚者加灸，亦可获良效。

针灸其它穴失效，改针阿是取效

方××，女，45岁，干部，1958年9月就诊。咳喘30年余年，好发于经期前后。面色灰暗，咳急喘促，痰声漉漉，咯灰色泡味痰，牵挂成丝，时有呕恶，舌苔白腻，脉滑。辨证为痰浊阻肺，应温肺祛痰平喘。曾经多次针刺，艾灸膻中及手掌割脂等治疗，效不明显。魏老师详询病情，发现患者彧中，大抒旁有压痛过敏点，按揉5分钟，气逼缓解。乃于此二点施针，3次后痰易咯出，连针5次，咳喘改善。但此二点压痛消失，又于心俞，大椎，璇玑找到过敏点，针刺4次症状续减，痛点又失。相继在肺俞，中府等处附近压痛明显，施针10次喘平。历时3月，基本痊愈。

此例用追踪寻找压痛点治愈，说明特异性穴位并不是固定不变的；也阐明要提高疗效，只选择刺激方法及手段是不够的，对穴位的选择也至关重要。

用毫针灸法失效，改用梅花针取效

钱××，男，12岁，学生，1963年5月8日就诊。患儿2岁时，因注射青霉素过敏诱发哮喘，近三年来喘势加重。面色晦滞，咳嗽气逼，呼吸困难，喉中痰鸣，口干唇紫。舌质紫黯，脉滑。听诊两肺满布哮鸣者。此乃痰瘀伏肺，宜祛痰化瘀平喘。

先针定喘一次，喘稍平。但患儿拒针，于肺俞，俞府等穴施温和灸，效不显。魏老师察病证瘀血为主，用梅花针叩刺胸部2－6肋脾胃经，背部1－7胸脊旁夹脊，由轻而渐渐加重，令局部微出血，日一次。治疗5次，咳喘好转；连治40余天病愈。随访6年，疗效巩固。

梅花针令皮肤广泛微出血，利于活血化瘀，能改善血液循环与通气功能。魏老师认为凡由瘀血所致的疾病，用刺营放血往往有效；其机理与一般针刺疗法有异，二者可互补。

用针刺失效，改用注线取效

哈×××，男，34岁，突尼斯人，1976年3月18日就诊。自诉：经法国某医院确诊为支气管哮喘合并肺气肿，求医21年，收效甚微，近年病情加重。症见面色萎黄，形体消瘦，气喘心慌，动则加剧，不得平卧，且时有咳嗽，痰稠色白，纳少便溏，神疲乏力，腰酸脚软，生活难以自理。舌苔薄白，脉滑数。听诊有哮鸣音。此系脾肾气虚，痰盛壅肺；宜顺气化痰治其标，健脾温肾治其本。

先针刺脾、肾、肺三俞，膻中、天突、丰隆等穴，10余次效不明显；再加定喘穴，喘虽稍平，但出针后一小时许，又发作如故。乃于定喘、膻中、丰隆、肾俞用注羊肠线法，每10日1次，注线2次，症状见减；经16次约半年治疗，除肺气肿体征无大的改变外，诸症消失。

此例说明注线疗法是一种较强而持久的刺激，可代替长时间留针，能补一般针刺疗法之不足。老师多用此法于哮喘呈持续状态，易反复发作且难于控制的患者；也用于需较长时间留针的慢性胃病，精神病，腰腿等痛症。

用针刺注线失效，改用药贴取效

郑××，女，10岁，1969年12月12日就诊。患儿3岁时，因久咳失治导致哮喘。症见喘憋气急，唇红口干，微微出汗，咽红咳嗽，咯吐黄痰，大便干结，尿短色赤。舌唇红，苔薄黄，脉滑数。证属热哮，治以清热化痰，肃肺平喘。

初针定喘、大椎、曲池、肺俞等穴，用透天凉手法，日一次，连治一周，症状如故。患儿畏针，改用注线3次，效仍欠佳。魏老三思良策，从丹溪"从热引热，引郁热之气外发"中，悟出用白芥子，斑蝥等分研末，以70%酒精调拌，搓成豆粒状置胶布上，贴敷肺俞、膻中、气户三穴，待局部有奇痒或起小水泡，即换贴定喘、天突、中府。二组穴轮换敷贴，二日一次。20次后，诸症悉平。并嘱患者，每年夏季初、中、末伏再贴药以资巩固。

本例说明药贴可补针刺或埋线清热之不足。魏老师用此法不仅治热哮，且广泛用于寒热虚实诸症。如一冷哮病人，因剧喘折断了9根肋骨，经用穴贴，解除了三年不能平卧之苦。表明本法有双向调节作用。

用穴位贴药失效，改用拔罐取效

辛×，男，16岁，学生，1969年4月30日就诊。患哮喘及荨麻疹多年，近日因接触花粉先发荨麻疹，继则咳喘。症见皮肤搔痒，全身有散在性风团，颜色淡红，形状不一，眼睑及外生殖器部有局限性水肿。胸闷气急，张口抬肩，咳喘殊甚，口干便结，舌质鲜红，脉象细数。此系阴虚化躁生风，治宜养血熄风平喘。

因已用针刺、穴贴、埋线等法失效，乃改于神阙，肺俞，神俞，膻中拔罐，日一次，每次约20分钟，待皮肤呈青紫色启罐。3次后，搔痒大减，咳喘减轻。后加用气海，中府，意舍，大杼等穴轮流使用，经25次拔罐痒止喘平。

魏老师认为拔罐类似"从治法"及"自血疗法"，宜用于血虚生风或合并感染有热象之哮喘患者。其脱敏作用，似乎优于其它疗法。

经温和灸失效，改化脓灸取效

王×，男，52岁，工人，1959年12月18日就诊。宿有喘疾，每隆冬即发。形体瘦弱，面青唇紫，

手足冰冷，背部尤寒，咳喘急促，吐泡沫痰，胸闷气短，面足浮肿，尿短便溏。舌苔白腻，脉象细微。证属虚寒气喘，治宜温阳补肾，纳气平喘。

曾久服中西药及针定喘等穴失效，于肺俞，膻中，膏肓，关元穴施温和灸3—5分钟，10余次仍不效。魏老师考虑患者沉寒痼冷，非用大剂发泡灸峻补其阳不可。乃于上穴改施大艾柱隔姜灸起泡，3次即获奇效，连灸20余次而安。并嘱每年入冬前施灸一次，以资巩固。

本例说明用灸也有刺激量问题。用化脓灸患者剧痛是其不足，但对虚寒重症不失为一种有效方法。尤其在使用多种疗法失效后，应用本法能获意想不到的效果。

针灸效不佳，改用针药并施

龚××，男，6岁，1991年10月16日就诊。患儿1岁时因外感引发咳喘。症见体瘦面黄，呼吸急促，喉中哮鸣，鼻塞咳嗽，咳则喘急，气短神疲，夜卧出汗，纳少便溏，舌淡苔薄，脉细弱。两肺满布鼾音。此系肺脾气虚，宜健脾益肺平喘。

先药贴膻中，肺俞，膏肓等穴少效，改用上穴拔罐，喘虽缓解，受凉又发；再针刺定喘，咳喘减轻，但稍一活动，则大汗湿衣，伤风咳嗽引发哮喘。魏老师深思患儿肺虚脾弱，在针定喘同时，配合玉屏风散及益气健脾固本之中药，经60余天的针药并施，咳喘悉除，身体康复。

魏老师认为此法对虚证明显，需补者最宜。说明针与药这两大治疗手段，各有长短；发挥针救急，药固本的互补功能，可大大提高疗效。

结　语

综上可见，魏老师治哮喘非常注重辨证论治，其学术经验主要特点是：从辨证看，(1)把中医的病因（六淫七情……），病性（寒热虚实阴阳……），病位（表里经络脏腑三焦……）综合考察分析。如针定喘一案，病因属外感，病情为寒，病位在肺；故用合谷，肺俞宣肺解表，定喘，丰隆祛痰平喘，行烧山火手法以散寒，即三者兼顾。有时则抓主要矛盾，如针对血瘀这个病因，瘀血表现突出就选刺营疗法；有时沉寒痼冷者，就针对病性施化脓灸。(2)认为中医辨证尽管有病因、病性、病位三个方面，但病位辨证在针灸临床上，应当作为重点。因此，他特别重视脏腑经络综合辨证，认为脏腑可补经络之不足。如病在上焦，与肺经及膀胱经关系密切；但是还应注意它与脾肾亦密切相关；肾虚者，常取足太阳膀胱经肾俞等补肾纳气；脾失健运者，则求足阳明胃经足三里等健脾化痰。(3)注意与西医辨病结合，如兼有荨麻疹者，则用拔罐。

从论治看，在"疗法互补论"指导下，做到了(1)一病多法。魏老不囿于一方一法，博采众长，灵活应用八法：有时用常法或变法，有时单用某一方法或合用几种疗法；甲方无效改乙方，乙方失效用丙方，务求"西方不亮东方亮"；充分发挥了疗法互补作用，故疗效卓著。(2)一法多用。如应用拔罐与穴贴等无创痛疗法，治疗各种类型哮喘；能补有创痛疗法之不足。(3)一穴多用。其中以定喘穴最为突出，如一般咳喘仅施针，哮喘持续状态则埋线，虚寒气喘先针后灸或针药并施；还注意多用阿是，有效地发挥了经外穴的作用。(4)一针多穴。魏老师常用一针透二穴，如风门透肺俞，璇玑透华盖治疗小儿咳喘，提高了针刺效果。

从临床思维看，魏老师注重反思。他认为中医针灸疗法虽多，但不够规范，缺乏客观指标；临床难以把握真谛。故临床遇到挫折，要注意运用逆反思维；几次失效，决不能结论为针灸无能；而应先从主观上找原因，反复推敲治法是否与病证吻合，反省自己的失误，修订及完善治疗方案，从本学科中优选最佳疗法，提高疗效。

（张桥保）

张子莶　针刺治疗中风后遗症的临床经验

张子莶老师在多年临床实践中，对中风后遗症的治疗，有着丰富的临床经验。他认为，中风病的发生主要在人体脏腑阴阳失去平衡的情况下，再有情志、劳损等诱因，而致风阳煽动，血气上行，促使脏腑经络的功能陡失常度而发病。因而治疗中注重调整人体阴阳平衡，以达到治疗的目的。主张先针大椎以振奋阳气，再刺健侧一至数穴，泻法；后刺患侧用补法，不留针，取得满意的疗效，现整理如下。

辨证分型

1、半身不遂

(1)气虚血瘀型

主症：面色萎黄，体倦神疲，瘫痪肢体缓纵不收，血压不高或略高，或有手足及小腿以下浮肿，舌质淡或紫暗，有瘀斑，苔白，脉虚大或细弱。

病理：重病久病，元气大伤，气为血帅，气虚则血行迟滞，瘀血阻络，经脉失养所致。

(2)肝阳上亢型

主症：头痛头晕，面红烦躁，患肢强硬拘挛，血压较高，舌红苔薄黄，脉弦劲或数。

病理：阴虚阳亢，风火上窜，气血并走于上，络破血溢者，阻塞脉络而致。

2、舌喑不语

(1)风痰阻窍型

主症：舌强不能言或蹇涩不清，或有半身不遂，喉中痰声，舌苔腻，脉弦滑。

病理：元阳风动，挟痰浊走窜经络，阻塞舌窍。

(2)精气亏损型

主症：语声低微，少气不清，涎多清稀，或手足软弱，偏瘫，舌质淡红或舌体胖嫩，苔白或少苔，脉沉细。

病理：真元亏虚，精气不能上承，清窍失养。

3、神志痴呆

主症：反应迟钝，动作迟缓。

病理：心主神明，脑为元神之府，脑失所养，故神志痴呆。

治则治法

中风后遗期，必通经络和气血为治则，即《内经》所谓："损其有余，益其不足"。

针刺方法：

1、半身不遂

主穴：大椎

上肢，肩髃、曲池、外关、合谷。下肢，环跳、阳陵泉、足三里、三阴交、绝骨。

刺法：先刺大椎，继之针刺健侧一至数穴，用泻法；再刺患侧用补法。

加减：肝阳上亢加刺风池、太冲。肘挛加尺泽。手指拘挛不伸，可用合谷透后溪，或选用八邪。手小指次指不用加中渚。气虚血瘀者，加气海、血海。足下垂加解溪。足内翻加申脉，足外翻加照海。足趾不用可选八风。

2、舌喑不语

主穴：哑门、上廉泉、通里

刺法：平补平泻以通络开窍

加减：风痰阻窍加天突、丰隆，用泻法。精气亏损者加太溪、三阴交，用补法。

3、神志痴呆

主穴：百会、心俞、内关

刺法：平补平泻，以醒脑宁心。

疗效观察见附表

疗效标准

基本治愈：

症状基本消失，功能基本恢复正常。

显效：症状大部消失，功能显著改善。

有效：症状部分消失，功能部分改善。

无效：治疗后与治疗前症状无变化者。

典型病例

例一　时××，男，63岁，退休工人。

诊断：半身不遂（肝阳上亢型）

症状：左上肢拘挛，能抬平肩，下肢能行走，步履蹒跚，血压24/13kPa，脉弦数，苔黄腻。

治疗：以上法取穴。

门诊治疗三个月后，症状基本消失，生活已能自理。

例二　安××，女，67岁，退休工人。

诊断：半身不遂（气虚血瘀型）

症状：右侧肢体活动不利，神志清，言謇，在别人的扶持下能下床，血压不高，舌苔白，脉沉细。

治疗：按上法取穴。

门诊治疗半年，症状基本消失，已能料理家务。

几点体会

1、中风后遗症确属难治之证，要说服病人和家属建立信心，持之以恒，方能收效。

2、恢复后遗症期间，适当的活动锻炼，对肢体偏废的恢复确有益处，切莫绝对卧床，我们在临床上已证实了这一点。对偏废的治疗，不能只重视大关节，而忽视了小关节，许多病人不能完全恢复，即在于此。

3、常见偏废之肢体，有拘急和缓纵不收两种，我们观察，闭证后遗多拘挛难伸，脱证后遗则多现筋缓不收。血非气不能行，气非血而不化，凡血中无气则病为缓纵废弛，气中无血则病为拘挛，亦即

无气则不能举动，无血则不能舒畅，所以，筋缓当责其气，筋急则责其血。

4、无论何种针法，必须调整周身气机，促使阴阳平衡，我们所用泻健侧，补患侧，先泻后补，是根据《内经》“从阴引阳，从阳引阴，以左治右，以右治左”和“损其有余；益其不足”为依据，效果较为满意。

5、关于针刺不留针，是老师针法的特点。因为正确的取穴姿式是穴位准确的保证。因取穴时，需要患者有一定的姿式和动作，如坐卧屈肘、横肱、环足等，针刺不留针，在取穴时有其一定的优越性，所针刺的每个穴均能按一定的取穴姿式。如针刺半身不遂的病人，老师每先让病人坐针大椎，再抬肩针肩髃，然后让病人平卧，屈肘针曲池、外关、合谷等穴，下肢针阳陵泉、足三里、绝骨，最后侧卧取环跳。总之，每穴均按一定的取穴姿式。再者，不留针，亦可避免病人的疲劳感。经曰：“气至而有效。”得气后，补泻完毕即出针，这便是取得疗效的关键。

6、据文献报导和我们的体会，认为针刺治疗中风，有扩张血管，改善血管弹性，加强心脏收缩力，促使侧枝循环形成，增加脑血流量的作用，所以，应该列为首选疗法之一。

附表：

一般情况

性　别	例　数	40岁以下	41—50岁	51—60岁	61岁以上
男	135	2	18	55	61
女	40	5	6	13	15
合计	175	7	24	68	76

疗效分析表

证　型	例　数	基本治愈	显　效	有　效	无　效
气虚血瘀	87	18	35	30	4
肝阳上亢	56	11	20	22	3
痰浊阻络	32	4	14	11	3
合　计	175	33	69	63	10
%	100	18.8	39.3	36.0	5.9

（丁文堂）

周楣声　　灸法治疗流行性出血热及辨证分型初步方案

流行性出血热是世界范围内一种危害较大的急性传染病，是属于瘟疫的范畴。目前国内外尚无特效疗法，特别是应用灸法治疗瘟疫更是史无前例。安徽中医学院针灸医院周楣声主任医师，从医50余年，深知“热症禁灸”纯属一种误解，为了能打破这一错误观念与对流行性出血热的临床治疗另辟一条新路曾三入疫区，用灸法治疗本病，取得了良好的成效。笔者随师在疫区临症中深感先生不仅对灸法的临床是胸有成竹，得心应手，而且对流行性出血热的辨证分型，更有独特见地。特整理如下，以供参考。

西医病程分期应与中医辨证分型彼此结合。

流行性出血热，根据其病理与病程特征，可以从不同角度作出划分，西医有发热、低血压、少尿、多尿与恢复期为特点的五个病理过程。而在临床实践中各期的病理过程没有严格界限，多是交叉重叠，这就不能反映出综错复杂的病理变化，如结合中医的辨证分型互相补充和彼此印证，于某些病例，虽无期可分，但却有型可辨，可能更有利于说明问题，和可以作为中西医结合的一个方面。

中医辨证分型的初步方案，这是周氏的体会与心得。提出供讨论和修正。

1、阳气怫郁，腠理不宣型

从中医角度出发，瘟疫与流行性出血热的病理基础就是湿蒸、热炽、毒在胃肠。正如徐灵胎所说的“酝酿湿热，发于阳明”所出现的症候。阳明多气多血，经脉上走头面，合太阳之筋与脉而罔络于目之上下及鼻旁。故在发病之初，即壮热头痛，皮肤灼热少汗面赤如火，目赤肿痛，颈腋潮红，隐疹成簇。阳明与太阴为表里，脾为湿土，水湿停滞，骨节酸痛，特以腰痛为著。更因经脉阻滞，阳气郁遏，故六脉细小。此型相当于发热期。以解肌泻热，行气利湿为主。

灸法的治则是：头痛发热，颧面潮红，球结膜充血等症，是出血热早期必见的症状，取大椎及大椎上下左右各1寸，火针代灸乃是解肌泄热止头痛的首选穴组。再加用手足阳明与三脘诸穴，以行气利湿。三棱针点刺手足诸井，亦有泄热解毒之功，并可防止热毒入营。

2、湿浊内阻，心阳不振型

发热或热度稍降之时，腹痛下利，肢冷神疲，胸腹胀满，呕吐频繁，舌质肥厚，苔由白腻趋向秽浊，脉由细小转为沉伏，可由初期症状逐步增剧或相继发生。如症状进一步加重，烦躁神昏，气促虚脱，二便失禁等危候，也将随之而来。此型相当于低血压期。当以宽中化浊，复脉宁神为主。

灸法的治则是：用巨阙与至阳以强心复脉，上、中、下三脘，脾、胃俞及手足阳明诸穴，理气宽中，化浊醒脾。

3、热毒入营，风动水涸型

高热或热度并不太高，舌苔黄燥少津，或白苔斑驳，舌质鲜红赤，舌面常有凝血附着，与舌质肥厚，舌苔秽浊截然有别，属热已伤营，多有咳血，鼻血，溺血或便血。因肾气告竭，小便短少，渐趋点滴全无，以致邪入心包，神志昏迷，水不涵木，四肢抽搐，热炽阴伤，险象迭出。此型相当于少尿期。当以清热开窍，养阴利尿为主。

灸法治则是：有出血倾向者取膈俞，泄热清营，兼以强心，用血愁以止血养阴，兼以护肾。上半身配合尺泽，鱼际；下半身配合血海、三阴交。尿少或尿闭以阴交四针，涌泉、肾俞，滋水护肾。邪入心包，神志昏迷，点刺手足指尖出血，以泄入营之热毒，再加关冲、窍阴，熄少阳之风火。

4、湿热化燥，阴液受损型

在热度降低或热退之后，所出现的口苦舌燥，鼻干唇焦，咽痛口渴，耳聋耳鸣，胁肋痛，苔白少津，脉细数，或仍感时有轻微寒热，该型主症为疾病中后期常见，在轻症或进入恢复期型主症过程中也为多见，如进一步发展则将成为阴亏水涸。此型治则以清利三焦，和解少阳为主。

灸法治则是：用阳陵或阳陵三针（阳棱留针，先点刺足中趾尖，再点刺手中指尖）以清营生津，疏肝利胆（按照手足应称的关系足中趾尖应为肝经之井穴大敦），具有显效和特效。常在针后，症状即可缓解和消失。液门、清冷渊、消泺以及阳辅、丘墟亦可选用，取增液润燥之意。

5、湿蓄热蒸，经脉阻滞型

瘟疫或流行性出血热的病理过程，主要就是湿热凝滞过程。水气不化，湿热相搏，泛于全身则为浮胖；经脉受阻，血溢经外，结于局部则为肿块。这就是西医所谓之渗出体征。当渗出严重时，不仅肢体浮肿明显，而且局部青紫肿胀更为突出，甚至引起化脓，这决非孤立的存在。在中医瘟疫专著中，早有红肿、大肿、大毒、流火、流痰、发颐等诸种症候的记载，而在经治的病例中，也多有发现。此型的治则，在全身则是化气利水，在局部则是消肿散结。

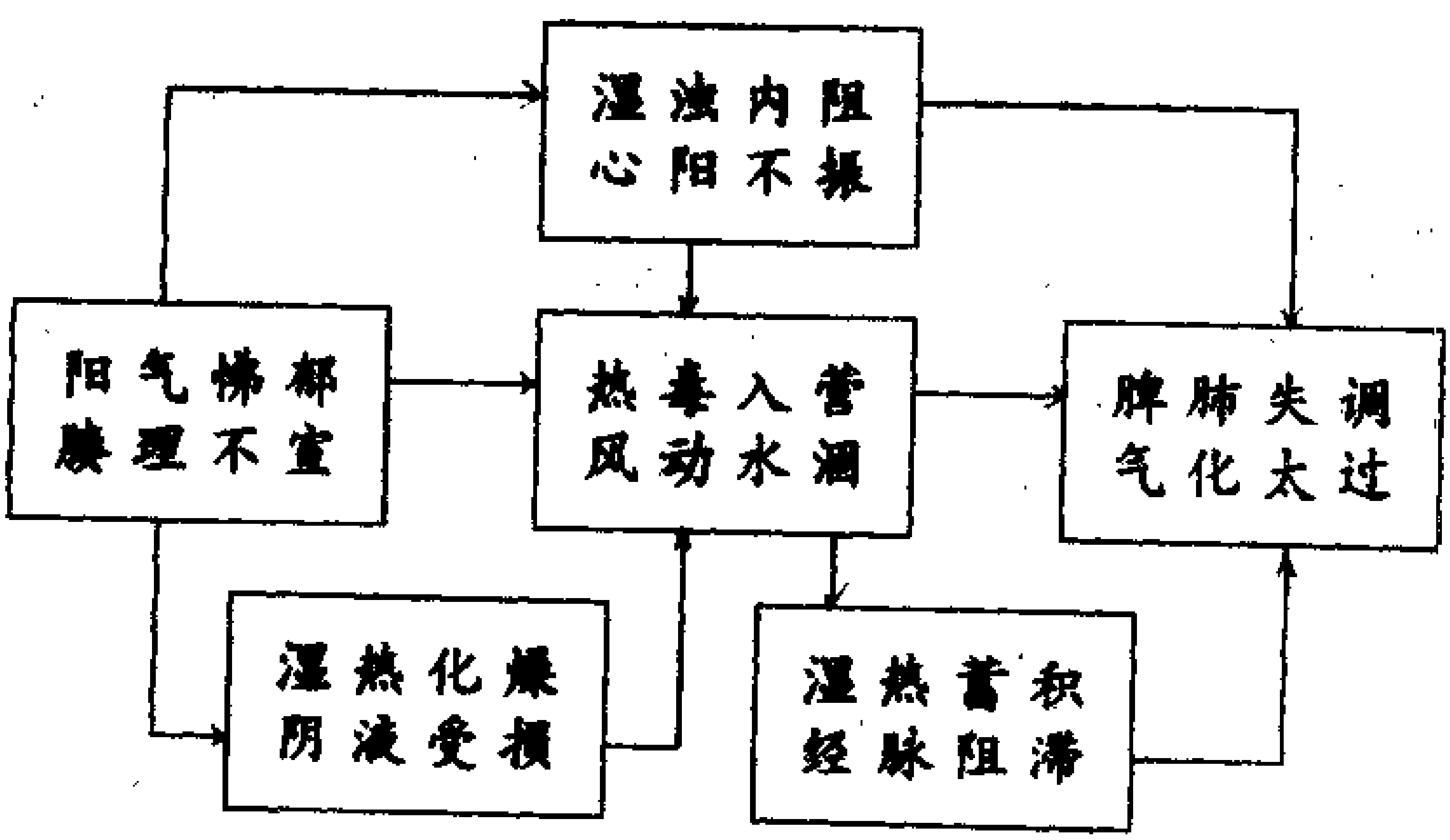
灸法治则是除针对全身情况采用相应穴组外，局部火针代灸，用于消肿散结，实非任何药物所可比拟。

6、脾肺失调，气化太过型

脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱。这是中医水液代谢的理论基础之一，故有"肺为水之上源"之说。当热毒已解，阴液已滋，脾气复利，肺气重宣，纳佳、尿畅时，多尿期已出现，也是恢复期已经来临，注意调摄，自可向愈。但大病之后，正气未复，统摄无权，如气化太过，小便过多，则又宜补肾扶元，固金益气为主。

灸法治则是取关元与肾俞扶元气，固根本；亦可加用肺俞，与心俞以上下相应，益气升阳。

流行性出血热辨证分型相互关系表



辨证分型与疾病分期一样，其传变多是互相交叉与跨越，不能截然区分。由阳气怫郁，腠理不宣，直接进入脾肺失调气化太过亦属常见。也有进入恢复期而再次发热者有之。分型只能说明病理特点与阶段特征，不可机械看待。

（蔡圣朝）

张子菡　针灸辨治中风病学术思想

随着科学技术的不断进步，人工智能技术日臻完善，电脑系统已能准确地摸拟中医专家对病人的门诊过程。张子菡主任中医师，对中风病的治疗积累了丰富的临床经验，形成了一整套理、法、方、穴针灸治疗中风病的辨证论治体系，为了保存、发扬和运用张老师的医疗特色，全面继承其学术思想，笔者在有关单位的协助下，开展了本项专家系统的研制工作。

学术思想

1、病因病机

中风又名脑卒中，即现代医学之脑血管病变，祖国医学认为风邪善行数变，故发病急，变化快，病势重，死亡、致残率高，严重地威胁着中老年人的身心健康，因此，祖国医学将其列为四大重病（风、痨、臌、膈）之首，现代医学也将其视为人类三大死亡原因（心血管病、脑血管病、癌症）之一。

关于中风病的病因病机，历代医家论述甚多，意见颇不一致。从本病病因学的发展过程来看，经历了一个从外因论到内因论的两个不同阶段，唐宋以前，从《内经》至《千金要方》多以"内虚邪中"立论，以外因学说为主（也涉及到部分内风的内容），唐宋以后，自金元时代开始，很多医家根据各自的临床实践对"内虚邪中"论有不同的看法，提出了"内伤致中"的观点，此后，以内因学说为主。如：刘河间"重火"以"心火暴甚"立论；李东垣"主气虚"以"本气自虚"立论；朱丹溪"主痰湿"以"痰湿生热"立论；张景岳以"内伤积损颓败"力倡非风论；叶天士以"肝阳上亢、水不涵木"立论；王清任以"气虚血瘀，元气亏损，半身无气"立论；近代医家张伯龙等人以"肝风内动，肝木失养和风自内生"立论；现代学者主张多认为由气滞血瘀，痹阻脉络，或因气血升降逆乱、脾胃清浊失常所致。根据多年临床观察，张老师认为从以下几个方面认识中风病病因病机比较全面：

（1）禀赋不足，遗传有关

材料表明，患者有明显的遗传倾向，他们的第一、二代中其发病率明显高于对照组，这与门诊情况相符。

（2）烦劳过度，精气耗伤

《内经》云："阳气者，烦劳则张"，实践证明长期过度劳累耗伤阳气，脏腑气血失调、形神失养，阴精暗耗，虚阳化风易致本病；再则纵欲伤精，水亏于下，火旺于上亦可发病，此即叶天士在《临症指南医案·中风》中所说"肝血肾液内枯，阳扰风旋乘窍。"

（3）五志过极，气血逆乱

《素问·阴阳应象大论》指出："人有五脏化五气，以生喜怒悲忧恐"，五志过极，则损伤五脏，致使脏腑功能失调，气血逆乱，心神昏冒，卒倒无知，发为本病，临床常见因暴怒伤肝引发中风者较多。

（4）饮食不节，脏腑损伤。

饮食不节或偏食肥、甘厚味、嗜酒过度，均可损伤脏腑。其一脾失健运，聚湿生痰，痰郁化热，阻滞经络，蒙蔽清窍；其二肝阳素旺，木克脾土，脾失运化，内生痰浊，痰郁化热，二者均可引动内风从

而致中。

(5)六淫侵袭,正不胜邪

虽然中风病一年四季均可发病,但从临床发病情况来看,不少患者的引发与季节和气候的突变有关,从病人的主诉可以看出在气候突然炎热、或突然寒冷时发病为多,这主要是由于正气不足,腠理不密,卫外不固,六淫之邪乘虚而入,伤于经络,肌肤筋脉失于濡养引发本病,正如《内经》所云:"邪之所凑,其气必虚"。

2、辨证分期

按本病的发生发展过程及证候表现分为中风先兆、中风发病、中风恢复和中风后遗四个阶段:

(1)中风先兆期

张师归纳了三个主症:

①头晕下肢无力(上重下轻);

②时而舌机不灵(言语謇涩);

③面部及肢体麻木(蚁行样感觉)。

(2)中风发病期

按病情轻重及体征分为中络、中经、中腑和中脏四个类型:

轻者:㖞僻不仁(中络)。

重者:偏瘫不遂,筋骨不用(中经)。

甚者:神昏不识人,便溺阻隔(中腑)。

险者:鼾睡不语,唇缓涎出(中脏)。

中腑多为闭证,面赤口噤,两手握固,神昏不语,大便秘结,小便黄赤,脉滑实弦而有力,舌苔黄腻。

中脏多为脱证,面色微黄或㿠白,汗出,肉脱筋痛,眼合口张、手撒溺遗,脉细欲绝,或现结代,洪大无伦次,舌苔白腻,舌质暗红。

(3)中风恢复期

指中风病急性期过后,病情趋于稳定并开始恢复,病程在一个月以上六个月以内者,此期中脏腑病人如能脱险,神志已清醒,则主要症状表现为肢体偏瘫、语言謇涩或失语,部分病人可表现为反应迟钝等。

(4)中风后遗期

中风发病后,病程在半年以上,仍有下述症状未恢复者为后遗症期:

半身不遂

气虚血瘀型:症见:面色萎黄,体倦神疲,瘫痪肢体缓纵不收,血压不高或略高,或有手足及小腿以下浮肿,舌质淡或紫暗有瘀斑,苔白。脉象虚大或细弱。

肝阳上亢型:症见:头痛头晕,面红,烦躁,患肢强硬拘挛,血压较高,舌质红,苔薄黄。脉象弦劲或数。

舌喑不语

风痰阻窍型:证见:舌强不能言或謇涩不清,或有半身不遂,喉中痰鸣声,舌苔腻,脉弦滑。

精气亏虚型:证见:语声低微,少气不清,痰多清稀,或手足软弱,偏瘫,舌质淡红或舌体胖嫩,苔白或少苔,脉沉细。

神志痴呆

症见:反应迟钝,行动迟缓。

3、治则治法

(1)先兆期

治则：疏经、活血、通络。即所谓："治风先治血，血行风自灭。"

取穴：曲池、外关、合谷、阳陵泉、足三里、委中、三阴交、太冲，以调整全身血行；风池、大椎以清热熄风。

手法：平补平泻。

(2)中风期

本着急则治其标的原则，主要抢救"闭证"和"脱证"。

中络：

治则：疏风、通络。

取穴：迎香、下关、地仓、合谷。

手法：平补平泻。

中经：

治则：调和经络、疏通气血。

取穴：肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、解溪、三阴交。

手法：泻健侧、补患侧，先泻后补。

闭证(中腑)

治则：启闭开窍，清热熄风。

取穴：十二井(出血)，人中、涌泉，以启闭醒神，导热下行；曲池、合谷、阳陵泉、足三里、太冲、风池、大椎，以理气行血，散热祛风。

手法：均用泻法。

脱证(中脏)

治则：回阳固脱

取穴：神阙(隔盐)、关元、气海，上穴重灸，以知为度。

(3)恢复期

治则：调经活络

取穴：肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、三阴交、迎香、地仓、下关。

手法：泻健则，补患侧，先泻后补。

(4)后遗期

总的治则为通经络，和气血，即《内经》所谓"损其有余，补其不足"。

半身不遂：

取穴：肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、绝骨、三阴交。

手法：泻健侧、补患侧，先泻后补。

加减：气虚血瘀型加大椎、气海、血海；肝阳上亢型加风池、太溪、太冲；肘挛加尺泽，手指拘挛不伸合谷透后溪或加刺八邪，十二井穴；手小指次指不用者加中渚；膝腘拘挛者加委中，昆仑；足下垂者加解溪；足内翻加申脉；足外翻加照海；足趾不用加八风。

舌喑不语：

取穴：哑门、上廉泉、通里。

手法：平补平泻。

加减：风痰阻窍者加天突、丰隆，用泻法；精气亏虚者加太溪、三阴交，用补法。

神志痴呆：

取穴：百会、心俞、内关。

手法：平补平泻。

医理设计

1、设计指导思想

在中医理论指导下，符合祖国医学辨证论治思想，具有专家特点，着重考虑门诊时切实可行、方便实用。建立数据库，便于储存门诊病历，为科研、医疗、教学提供数据和资料。

2、医理及其设计

系统力求符合中医理论指导下，以张子菡老师近50年针灸治疗中风病的临床经验为基础，在具有张老师的诊疗特色前提下，兼顾医学合理性与程序设计可行性，设计出医学系统模型，根据张老师的临床经验将中风病分为4期，10个类型，126主症，48兼症，10种治疗原则，42个常用穴位。充分考虑到张老师的治疗特点及病证覆盖全面合理，进行全面、完整、系统的理、法、方、穴设计。其辨证决策之数学模型，采用非概率逻辑推理与模糊教学模型（推理树网络模型）相结合。首先整理出了各期主症及组合逻辑关系，隶属函数值；又分别为每一证型设立治则、取穴、手法、随证加减等内容。根据主症和兼症整理出了问诊内容，经过反复修改，并请张老师验证审定，又经反复多次调试，并对96份病历进行对照和40份门诊病历临床验证，辨证论治基本符合要求，计算机诊断符合率为97.1%。该系统设计考虑门诊实用性，其一般项目输入仅姓名需要汉字外其余均选号输入，系统启动后只要使用三个功能键即可输入患者信息，最后输出打印诊断书、辨证论治、开处方（处方配穴），手法、医嘱等门诊病历。同时将门诊病历自动存入病历库中。

系统操作简单，易于在门诊应用，实用性强，是一种继承发扬祖国医学的现代化手段，对继承名老中医的经验，保存其特色是一种行之有效的好方法。

本系统已通过专家鉴定，达到国内先进水平。

（陈永康）

宗瑞麟　　徐捻轻压针法

针刺手法直接关系到疗效。宗师擅用徐捻轻压法治疗许多疾病，取得了满意疗效。说明轻刺激仍有其适应范围，面一味追求强刺激、强针感是错误的。宗老学崇《内经》"徐而内之"说，继承《针经指南·标幽赋》中窦氏提倡之"左手重而多按，欲令气散；右手轻面徐入，不痛之因"和明·徐风的"下针贵迟，太急伤血"理论，注重实践，在四十余载的针灸临床中摸索出了一套独特的徐捻轻压进行手法。今择其精萃以飨同道。

徐捻轻压针法的操作要领

宗师将徐捻轻压进针的操作要点归纳为五个字：即稳、轻、直、匀、小。

1、稳：指稳定心神、呼吸、体位、指针四个方面。进针时医者首先要稳定自己的心神，即"守神"。它是掌握病机，进行好补泻手法的先决条件。要求意志专注，凝神静思，心无杂念，目不外视，专心致志地行针。正如金代杰出的针灸医家窦汉卿在他的针灸名著《标幽赋》中所强调的"目无外视，手如握虎，心无内慕，如待贵人"那样，使气运于手中，贯于腧穴经脉之内，使气至病所，"气至而有效"达到调气的目的。其次，还要稳定调匀呼吸，宜取腹式呼吸法，以"气沉丹田"之深呼吸之式，使腹部充实，重心下移，胸部宽舒，利于全部指力集中到针锋，使患者情绪安定，消除恐惧心理，防止晕针，提高疗效。再次是稳定体位，患者的体位要舒适稳当，使针刺部位的肌肉尽量放松，有利于进针；四是医者持针的手指要稳，不要过松或过紧，以坚者为宜，除捻转提插外，包括肩、肘、腕关节要尽量不摇动，保持一定体位。不左右摇摆，使患者觉得轻松自如。

2、轻：进行针动作要轻，既能将针刺入皮肤，又无多大痛感，主要靠右手拇、食指轻巧柔韧的作用；略用少许向内推进之力，捻转角度要小，徐徐搓转针柄捻区结合进针；病者针感很轻，似有似无，或虽稍有酸胀但觉舒适，即使惧针病人，亦处之泰然，乐于接受治疗。若取穴准确，每能获得气反应。

3、直：进行时将针轻轻接触消毒穴位，与皮肤垂直，直针而下(但进针要捻转而进，不能直刺进针)，保持针身不出现弯曲，不偏左偏右，正如《素问·宝命全形论》所说："正指直下，无针左右。"始终保持针身挺直，弯则指力难贯针尖，且易造成弯针(滞针)。

4、匀：进针时用力的捻转速度要求均匀，捻转缓进，力量柔和稳健，刚柔并举，不可乍轻乍重，乍快乍慢，要有节奏性，即捻转下压几下停一停，换一换呼吸，有利于松弛患者的紧张情绪和肌体的拘紧反应，减轻病人的畏痛心理。

5、小：进针时捻转的角度要小，直刺宜 90°，斜刺呈 45°，横刺沿皮刺呈 15—25°，捻转速度慢，牵拉肌纤维组织轻，则进针疼痛也轻，反之，则疼痛重。

操作方法

持针式：为刺手持针，即用右手食、中、无名、小指平行并拢，拇指腹置于食指之后，毫针柄夹在拇食指间，勿触针身，以免破坏消毒。持针宜牢而正，随患者体位及医者施术方便的需要或垂腕或不

垂腕使针对准穴位，然后依靠拇、食指力下压轻捻刺入。此法要以捻为主，以捻带压，一捻即进。正如近代针灸学家承淡安所说："精神要注意集中于针尖上，捻转时，手指不可用力，只须用少许向内推进之力。"患者毫不觉痛而入，进针后再施行手法。

留针 20—30 分钟，其间每穴位每隔 5 分钟运针(小幅度缓慢捻转)一次，连续 3—5 次。

平时应重视指力的练习，宗师要求医者首先在草纸或沙布上练针，以后再在自己身上练(试)针，至能纯熟自如地进针觉无痛之后，方可用于病人。

临床运用

本进针法速度偏缓，用力轻，捻转幅度既均匀而且小，针感柔和，舒适。属弱轻刺激，类似补法范畴，多用于虚证、慢性病人，如偏瘫、面瘫、慢性劳损、神经衰弱、痹证、痛证等。兹举典病例如下：

例一：吴××，女，41 岁，工人。1991 年 10 月 10 日初诊。腰酸痛 5—6 年，春秋季发作见多，近发 3—4 日，以弯腰活动后见剧，伴双脚挛急夜甚，头昏、眼花、寐不安宁，口唇作干，原有腰痛肾下垂史。检查：面色不华，双腰部微见压痛点，舌淡红苔薄白微黄，脉细弦。诊断：腰痛。证属肾阴亏虚，经脉失养，治宜滋补肾阴，养血柔筋，选取肾俞、委中、三阴交、昆仑穴针刺，施徐捻轻压进针法，留针的同时加神灯照射腰部阿是穴处，治疗当时感腰痛减轻，每日一次，连续 10 次后，多年之疾霍然而愈，至今未发。

例二：徐××，男，51 岁，工人。1991 年 10 月 31 日初诊。患者自本月 27 日始觉左耳后疼痛，后觉左上唇麻木，29 日漱口时水从左口角流出，嘴角歪向右，吃饭藏食，右眼流泪，左额纹消失。舌淡红苔薄白，脉细弦。左耳后(翳风穴旁)见压痛点。诊断：左面神经麻痹。证属络脉空虚，风寒之邪乘虚侵人面部经筋致气血阻滞，失于濡养，肌肉纵缓不收，治宜疏风散寒，养血舒筋，选取太阳、翳风、四白、地仓、迎香、合谷穴(均左侧)针、刺，施徐捻轻压进针法，留针时配合艾灸地仓穴，每日一次，5 次后见缓，10 次后基本恢复。为巩固疗效，续治 4 次，后见完全恢复。

讨论与体会

徐捻轻压进针法具有轻(指力弱)、浅(进针浅)、慢(指相对的捻轻提插的慢)、小(捻转角度小)等特点，其温和舒适的得气感和术后的轻松感，可提高患者对针刺治病的信心和疗效。本法虽针感较弱，但在留针过程中，注重运针，一般不少于 3 次，故针感的总和还是较强的，基本上能起到"虚则补之"，"滞则通之"，调阴阳、和气血、通经络的作用。

本法进针、运针时间较长，对局部组织的损伤及修复过程，积蓄的无作用较持久，能大限度地减轻针刺的疼痛或达到不痛；宜于虚证或虚实夹杂证，实证亦可选用。尤对初诊病人、耐受性差、敏感性强，畏针惧刺者适宜。

在操作中，进针前，对初诊患者宗师还善于进行耐心解释，使之消除精神上的紧张和不必要的顾虑，以求治疗时的合作；对少数过于紧张的患者，进针时，要设法有意识地转移患者的注意力，如询问患者或令病人咳嗽一声，在病人不注意的一瞬间不知不觉地将针刺入皮肤。同时，宗师较重视右手的作用，但也不忽视左手(押手)，针前按压寻穴，使押手下出现酸困沉胀麻木等感觉，双手密切配合，以助进针无痛。使用的毫针，其长度一般都在 1.5—2 寸以内，直径则多取 0.26—0.30 毫米为宜，用时不嫌纤细，便于持执针，不致进针过深，操作中右手所持的针仅与针柄接触，不涉针身，无污染之弊，体现了无菌操作观念。

(宋南昌)

刘冠军　论针灸治则

中医治疗疾病不外两类手段，一是扶正，二是祛邪。不论扶正，还是祛邪，其目的都是要使机体战胜疾病。针灸准则在临床上如何应用呢？这不外《内经》指出的虚补、实泻、热疾、寒留、陷下灸之、宛陈除之、不盛不虚以经取之。

1、虚则补之（虚补）

《灵枢·九针十二原》指出："虚则实之"。《灵枢·经脉》亦指出："虚则补之"。上处的"虚"，指正气不足。临床凡属正气不足的疾病，就应该施用补法，通过补其虚损，益其不足，进而振奋正气，增强机体抗病能力，治愈疾病。

要补，除在针刺手法上给予轻刺、补法外，一般进针要先浅后深，向深部要快速重插，捻转指力要轻，并顺着经气循行方向刺入，从而达到补虚的目的。

在选穴方面，要根据"虚则补其母"的原则，取本经母穴，或取母经母穴疗之。如以肺气虚，发生咳嗽、少气、纳呆为例，即可取肺经的母穴太渊或脾经太白疗之。这是因为，肺为阴脏，阴经五俞穴中的井穴属木，荥穴属火，俞穴属土。肺属金，土为金之母，故肺经俞土穴太渊是本经的母穴，因此凡肺经虚证均可取太渊补之。至于取母经母穴，因肺属金，土生金，故脾为肺之母脏，而脾经太白是俞土穴，故可取之以补肺气不足。刘师指出 阳虚当取关元、命门、气海以补阳；阴虚当选太溪、阴郄以补阴；血虚当灸膈俞、肝俞、脾俞以生血；气虚当刺气海、气海俞以助气。刘师进一步指出：补法多用于久病，且宜缓图，始能收功。诚如张景岳所述："延久之病而虚者，理宜补之，补乃可用于常，未有根本既伤而舍补可以复元者，故补不可以求速效。"此实为经验之谈！

2、实则泻之（实泻）

《灵枢·经脉》指出："盛则泻之。"《灵枢·灵针十二原》亦指出："满则泄之……邪盛则虚之。"该处的"满"、"盛"，指邪气盛满，病情在进展中，当用泻法来抑制和排除邪气，以使病证减轻或消失。

要泻，除在手法上给予重刺、泻法外，一般进针要先深后浅，向浅部要快速猛提，捻转指力要重，逆着经气循行方向刺入，从而达到泻实疗疾的目的。

在选穴方面，就要根据"实则泻其子"的原则，取发病经的子穴，或取子经子穴疗之。如以心气有余，发生狂证为例，就可取心经子穴神门，子经子穴即脾经太白泻之。因心属火，火能生土（我生为子），由于阴经井穴属木，荥属火，俞属土，神门为心经俞土穴，为本经子穴，故取之。脾属土，脾经是心经的子经，而太白又是脾经的俞土穴。这样取穴，充分体现了实泻其子的原则。

刘师在运用虚补实泻准则时，强调要根据"正邪消失"的具体情况，灵活运用，不可千篇一律，刻舟求剑。由于正邪消长的情况极其复杂，又不断变化，实中有虚，虚中有实，故后人又创立了先补后泻、先泻后补等方法。刘师指出：若患者平素体健，偶感外邪，即为有实无虚，当用泻法，速祛其邪，勿使留存。若平素体弱，且患慢性病，当用补法，培其正气，祛其邪气。若为二虚一实，应 以补为主，兼泻其实；二实一虚，应以泻为主，兼补其虚。只有针对具体病情加以辨证，当补则补，当泻则泻，补泻适度才能达到祛邪扶正之目的。

3、热则疾之，寒则留之（热疾、寒留）

《灵枢·经脉》指出："热则疾之，寒则留之。"对于这一准则，后人多理解为：若属热邪为患，当用疾刺法或刺血法，以疏泄其邪热；若寒邪过盛，脏腑经络之气凝滞时，当用留针法，以使阳气来复，祛散寒邪，或用灸法以助阳散寒。而张介宾在《类经》十四卷提出，该处的寒热指的是"针下气"反应快慢的感觉。若针刺后得气快，针下有热感，就应快出针，即为"热则疾之"。若针刺后得气慢，针下有凉感，就应长时间留针以候气，即为"寒则留之"。刘师认为认，以上两种主张，临床皆可效仿，灵活运用。

4、陷下灸之

《灵枢·经脉》提出："陷下则灸之"。刘师认为，此处的"陷下"主要是指经脉而言，若从广义来看，陷下又指一切阳气不足的疾病，对于这类疾病当用灸法疗之。由于"经脉陷下"，体表动脉搏动必然减弱，动脉之所以搏动减弱，是因阳气内衰，寒滞于里所致。因此，《灵枢·禁服》指出："陷下者，脉血结于中，中有著血，血寒，故宜灸之"。如何将"陷下则灸之"应用于临床呢？刘师的经验是：

（1）内衰冷缩，可灸关元、气海（艾加麝香），可收固元气，散寒邪的功效。如克山病就属营血不足，阳虚于内，血管下陷，以致连静脉注射都不容易进行，此时若能灸之以助阳气，血脉通畅，则陷下可除。

（2）脱疽病人，常因寒闭经脉，造成脉道狭窄，血流缓慢，络脉闭塞，而致冷痛之疾。治疗可取局部经穴灸之，以散寒邪，通络脉，兼灸脾俞以助脾阳，使阳气达于四末，则疗效优于其他疗法。

（3）卫气不足，皮肤不任风寒，也可出现陷下诸疾，诚如东垣所述："陷下者，皮毛不任风寒，知阳气下陷。"因肺外合于皮毛，当卫气不足时，可灸风府、肺俞、列缺，以收固卫实表之功。

另外，古人"视背俞陷下则灸之"的说法临床应用亦颇见效。可见"陷下则灸之"，就是指一切急、慢性阳衰的虚证，当用灸法治疗，以温散寒邪，恢复真气，使阳气充盈，则陷下可除。

5、不盛不虚，以经取之

《灵枢·经脉》多次出现："不盛不虚，以经取之"。应如何理解呢？刘师指出：不盛不虚，是对"虚补"、"实泻"而言。因为虚则补其母，实则泻其子，其病变多由它经传变而来。不盛不虚则是本经自病，不是由它经传来。假如真的不盛不虚，阴阳气血平衡，则是无病状态，又何需治疗呢？因此说：

（1）不盛不虚是本经自病，其病变仍有虚实之分，应取本经腧穴治疗，并按虚实之不同施以相应补泻手法。

（2）不盛不虚是病邪留于经络，未入脏腑之时，可取本经腧穴治疗。正如《灵枢·禁服》篇所说："不盛不虚，以经取之，名曰经刺"。

6、宛陈除之

《灵枢·九针十二原》说："宛陈则除之。"宛，指瘀塞积滞，血脉中有了异常成分；陈，指久、长久；除之，就是把它除掉，以保证血脉流畅通行。具体的说，就是对瘀结的实证及瘀滞较久者，均可以用刺络出血的方法加以治疗，收通络止痛，消散瘀滞之功。关于宛陈除之，刘师临证应用如下：

（1）筋结者可在局部采用围针刺之，以散结开瘀，消除筋结。

（2）久痹不去者，视其血络，尽出其血（下肢委中络脉明显，上肢尺泽等处亦然），因久痹，邪瘀血络，久而不去，痹阻不通，故痛，可用刺络出血之法疗之。

（3）跌伤者，《素问·缪刺论》指出："人有所堕坠，恶血留内，腹中满胀，不得前后，……刺足内踝之下，然骨之前血脉出血，刺足跗上动脉。"意思是说，人从高处坠下跌伤，必有恶血留于内部而发生腹胀痛。其小便若不利，可先服通利瘀血之品，但亦必伤筋骨。由于肝主筋，肾主骨，故宜刺厥阴之中封穴，刺肾经然谷穴出血，以调其经，再刺多气多血之经（足阳明）的冲阳，以消其胀。

(4)各种实热瘀结者，均可刺络出血，以散其瘀热。

刘师一再强调指出，刺灸之原则，是“粗之所易，上之所难”的一种技能。只有根据四诊八纲所见，加以辨证，正确运用虚补、实泻、热疾、寒留、宛陈除之、陷下灸之等原则，才能妥善处理复杂的证候，纠正偏盛偏衰，维持机体阴阳的平衡，达到治疗疾病的目的。如果不明辨证，不分虚实，不知补泻，违反针灸原则，就会“用针无义”，甚而“予人夭殃”。

（李　杰）

马在山　治疗儿童股骨头坏死病 68 例临床报告

儿童股骨头坏死，多发生在 10 岁以前，对本病的名称，目前尚未统一，从病理解剖学的角度分析，称儿童股骨头骨骺缺血性坏死为宜。该病所引起的病残率很高，严重地危害着儿童的身心健康。

目前西医对本病的治疗，多采取手术方法，或采用矫形支架、石膏固定方法。中医治疗本病近 20 年，文献只有个案报导，认为此病属气血亏虚，阴寒内盛，经脉痹阻，用阳和汤、保元汤进行治疗。

吾师马在山，在多年临床中，经过数百例的诊疗实践，对于本病的发生、发 展和治疗，总结出一套独到的经验。现将马氏中医治疗儿童股骨头坏死的经验，概要总结如下：

一儿童股骨头骨骺坏死特点。

1、脏腑娇嫩，骨气未成

儿童的生理和病理，与成人不同，小儿脏腑娇嫩，形气未充。《小儿药证直诀》中说：小儿"五脏六腑。成而未全……全而未壮。"阎孝中在该书的序言中提出："小儿骨气未成，形声未正……。"Trueta 学者研究发现 4—8 岁儿童只有一条血管即外骺动脉供应股骨头的血液。圆韧带动脉尚未参与股骨头血运供应，因此小儿易于发生股骨头骨骺缺血性坏死。

2、先天发育不良

先天发育不良，后天水谷精微补充不足。肾为先天之本，脾为生化之源，肾主骨髓，脾主运化，脾肾亏损气血俱虚，致生长畸形。先天发育不良，主要由禀父母精髓不足，元阳亏损，骨髓不充则骨质柔弱而成畸形。临床曾发现一例有血缘关系的三代人均发生股骨头坏死。有的学者发现，在先天性髋关节脱位的患儿中他们的血缘亲属患有此者占 20—30%。

由于先天发育不良，临床往往出现髋关节双侧或单侧脱位、半脱位，西医对此主要采用蛙式石膏戴支架固定，6 个月至 1 年。这种方法可导致髋关节局部的血液动力学变化，如血管变窄，血供不足，脂肪栓塞。由于血供不足引起骨骼营养不良，最后造成单侧或双侧股骨头骨骺缺血性坏死。这是儿童发病的主要原因。

3、脏气清灵，易趋康复

小儿脏腑气机清灵，反应敏感，活力充沛，这一特点是疾病恢复的有力条件。小儿脏器、肌肉、骨骼均未成熟，在治疗过程中，还有自然生长的有力因素。所以小儿股骨头骨骺坏死疗程比成人短、见效快，恢复的较成人完全。而且 9 岁以下者，年龄越小恢复越完全。

4、X 线特点

①股骨头骨骺发育迟缓，骨骺核比健侧小而扁、骨骺可碎裂成片，有的几乎全部消失。

②股骨头骨骺线增宽，迂曲不齐。

③股骨颈短而粗，颈干角度小致髋内翻。干骺端钙化带参差不齐。

④关节囊膨隆。由于骨软骨坏死的修复，软骨增生及反应性滑膜增生，致股骨头与髋臼的距离加宽，股骨头外移。两侧骨盆发育不对称，患侧闭孔变小，有的髋臼关节与骨化不均。

⑤修复后股骨头关节面逐渐完整而光滑，但往往遗有股骨头宽而扁，轻度变形，颈短而粗，髋内

翻等畸形。年龄小的病例，有的可完全恢复正常。

二、诊断特点

1、年龄：本病多见2—13岁儿童，本组68例中小于10岁者48例，占71%，最小者2岁，最大者14岁。

2、难以早期诊断：先天性髋关节发育不良，单侧或双侧髋关节脱位或半脱位的患儿，经过一段时间的蛙式石膏或支架固定的，X线复查基本复位，又无明显疼痛症状。认为已没问题。便停止了治疗。此时往往已发生早期股骨头骨骺坏死。但基层医疗单位，或非专科医生，在X线上不容易发现和诊断出来，耽误了患儿的治疗时机，导致成年的"扁平髋"后遗症。

3、临床表现：儿童股骨头骨骺坏死，与成人不同之处有二：其一为疼痛不明显，成人以髋关节疼痛为首发症状。儿童发病早则不疼痛。其二为突然发现患儿活动过度后出现跛行，并伴有疼痛、不适，往往在这时才引起家长的重视，X线检查一般已达到Ⅰ—Ⅱ期。检查可见功能受限，4字度验阳性，多数患儿出现大腿和臀部肌内萎缩，并有肢体短缩。双侧短缩时可见蹒跚步态。

4、X线分期

X线特点前面已作介绍，在临床作X线诊断时，马氏主张分为三期。Ⅰ期为坏死期，股骨头骨质密度不均匀；骨骺线增宽，骨骺外形略小而扁，头无塌陷。Ⅱ期为修复期，骨骺出现破碎，头塌陷变形，坏死区周围有新生骨形成。Ⅲ期为愈合期，骨骺的坏死骨被吸收，新骨形成，骨结构恢复正常，股骨头关节面逐渐完整而光滑。目前对儿童股骨头坏死的X线分期尚末统一。马氏主张的三期分法，与成人的三期分法也有所不同。

三、辨证分型

儿童股骨头骨骺坏死，通过临床表现和X线检查不难确诊。但由于患儿的病因不同，禀赋不同，病的新久不同，临床可见到不同的证候，必须根据气血、经络、脏腑、八纲进行辨证论治。临床分为肾阳虚、脾虚寒、心脾两虚型。

辨证要点：

1. 肾阳虚型：肢体软弱，无力行走，四肢不温，久坐久卧后起来时髋部疼痛明显，轻微活动后症状减轻，但劳累后症状加重，有时累及腰背疼痛。舌淡苔白薄，脉沉无力。

2. 脾虚寒型：食纳不佳，腹胀便稀，毛发枯萎，髋部多呈渐进性钝痛，或疼痛不明显，可出现肌肉萎缩，舌淡红体胖嫩，脉沉弦。

3. 心脾两虚型：肌肤苍白，面色无华，形体瘦削，髋部隐隐作痛，恶风寒，常在感寒后出现肌肉痉挛，舌淡苔白，脉细弱。

四、治疗

1. 常规治疗

①为了免于负重，应尽量减少走路，更不要跑步。凡能行走的患儿一律骑儿童车。

②以上三型用八纲分析均属阳虚型，治疗应以补阳，补气和血为主。故1号马氏骨片为主药(成份有骨碎补、象皮、血竭、石菖蒲、鹿角胶等)。方中以骨碎补、象皮为主。骨碎补性味苦温无毒，人肝肾经，补肾强骨益精髓。象皮甘咸温，通阳生肌。血竭性平味甘咸，化瘀生肌，通经止痛。石菖蒲辛温芳香开窍行气通路。鹿角胶性温补肾生髓。诸药相合共奏补肾强骨，行气通络，活血解毒止痛之效。1号马氏骨片每片0.3克，每日每公斤体重服0.05克分三次服用，禁服绿豆等制品。

2. 辨证治疗

肾阳虚型，常规治疗不加辅助药品。脾虚寒型应辅以健胃温脾药，内服马氏温脾煎剂(成份有白术、良姜、陈皮、甘草)。心脾两虚型应辅以养心健脾药，内服马氏益气健脾益剂(成份有生芪、当归、

炙甘草)。在治疗中证型可出现变化,应随证施治。

五、治疗结果:

三个月为一个疗程。本组68例中治疗一个疗程者8例,两个疗程者40例,三个疗程者5例,四个疗程者3例,六个疗程者2例。

1.疗效标准:

痊愈:疼痛消失。(X线片示)修复后骨质密度正常,骨小梁清晰,股骨头关节面完整而光消。显效:疼痛消失,髋关节功能明显好转,骨骺死骨大部吸收,周围新生骨增多。有效:疼痛与髋关节功能均有好转,骨骺死骨有吸收。无效:治疗前后症状与X线片均无改变。

2.结果:68例中共有病股骨头78个,痊愈26例,占33.3%,显效42例占53.8%,有效10例占12.8%,总有效率为100%。

(王凤仪)

胡黎生　三踝骨折合并距骨脱位的治疗方法与经验

踝部损伤机理复杂，类型很多，可分为内踝、外踝、后踝单独骨折，或两种，或两种以上骨折的联合损伤，合并距骨脱位及下胫腓韧带损伤等。三踝骨折并距骨脱位是踝部损伤的复杂重症，为关节内骨折。十多年来，我们学习继承导师对本病的治疗方法。运用手法整复、胡氏超踝夹板固定法及对练功和骨折分期辨证内外用药。其方法独具特色，疗效显著，现将治疗具体方法与经验整理如下。

夹板的制备

用三层椴木胶合板两块，上自小腿中上⅓交界外，下齐足底。其宽度上略窄于小腿中下段之横径，下略窄于踝部横径，呈上宽下窄。四角修圆，两板内侧用脱脂棉衬垫塑形，绷带缠裹制成，吻合小腿及踝部生理弧度上塑形夹板。

取寸宽之薄竹片一块，上自小腿中上部下至跟骨结节上方，烤塑制成符合小腿后侧生理弧度，用绷带包裹制成小腿后侧塑形夹板，

手法整复

踝关节为人体重要负重关节，踝部骨折脱位整复必须正确。如《正骨心法要旨》说“以两手安置所伤筋骨使仍复于旧也”这是要求做到解剖复位；“但伤有重轻，而手法各有所宜，”整复必须根据不同类型的骨折，辨伤施用适宜合度的手法。在整复前必须问清伤史，分析外力机理，察看伤肢，仔细摸诊，并认真阅读X线片，做出正确诊断。术者辨证立法，做到心明，以便对证施法得宜。骨折的复位，是按照造成骨折外力的反向适度手法整复，不增加损伤。切忌粗暴从事，手法要轻捷稳准，力争一次复位成功，尽量减少患者痛苦。具体手法如下：

患者仰卧，患肢屈膝屈髋90°，助手双手环抱膝腘部，术者一手握患足跟部，一手握足背作顺势拔伸。“欲合先离，离而复合”，即用拔伸手法来矫正。由不同外力造成。骨折的重迭移位、侧方移位、旋转移位，成角移位（即外翻骨折则使踝部内翻，内翻骨折则使踝部外翻），若并有旋转移位，则在拔伸下反向旋回。距骨脱位而造成的骨折移位，只要距骨脱位整复，胫距关节面恢复正常，则骨折亦随之复位。若尚有成角移位，则用捺正手法使之复位。如下胫腓关节面分离，令助手握患足跟及足背部略行拔伸，术者用双手掌根在内外踝部加以扣挤，使下胫关节面齿俣，紧密复位，若三踝骨折并距骨后脱位，术者一手握患肢胫腓下段向后推，一手握足部向前提拉，并将踝关节略行背伸，使后脱位的距骨回到正常位置；术者再用一手拇食沿跟腱内外侧，胫骨后缘下端，向下推按后踝骨折处，使之复位。

夹缚固定方法

手法复位成功后，局部外敷消肿止痛膏。并将内、外侧夹板分别置于踝关节内外侧，患足置于中立法。用绷带先在踝部将夹板环行缠缚固定数周，然后再旋行环绕足跟，在踝前交叉缠缚数周。将

踝关节部夹板固定牢固后，再置放后侧塑形竹法，以绷带继续向上缠绕，将全夹板固定稳妥。再取宽2.5cm长50cm医用胶布一条，从一侧夹板½处向下绕过足跟底，再向上至另侧夹板做"U"形固定，以加强固定效果。

固定后注意事项：

1.固定完成后即指导患者作患足踝关节及跖趾关节的屈伸运动，开始练功。

2.适当抬高患肢以利消肿。

3.密切观察患肢血运情况，若发现固定过紧或有压迫点，应立即解形固定重新调整夹缚。

4.要经常检查夹板的松紧度，患肢肿胀消退夹板也将松动，每间隔3—5天调整固定一次。在骨折治疗过程中，要保持夹板固定的松紧适度，直至骨折愈合。

5.在每次调整固定时，切勿惊动损处，更用摸法检查骨折复位情况，若发现有残存移位，立即予以轻柔手法捺正，使骨折保持良好对位，顺利愈合。并适当作X线检查以了解骨折的对位及愈合情况。

及时合理的功能锻炼

功能锻炼是骨折治疗的重要法则，加速骨折愈合和消除后遗症的重要措施。三踝骨折并距骨脱位经手法整复，夹板外固定后必须及时指导病人进行踝关节屈伸活动。动作要协调，循序渐进，逐步加大活动量，以患部不痛为原则。练功活动能活血消肿定痛，促进骨折愈合，与关节功能恢复，防止肌肉萎缩、骨质疏松及关节僵硬。从固定后即开始锻炼，并贯穿于整个治疗过程中，踝关节在夹板固定下屈伸活动，是利用距骨对踝穴的有效模造，使踝关节面平整光滑，骨折是在踝关节活动下愈合的，因此愈后踝穴适应关节功能，可尽快恢复踝关节功能。

药物治疗

内服与外用药物是治疗骨折的两个重要方法，也是骨伤科的治疗特色，疗效显著，可缩短疗程。临床采用三期辨证施治，十多年来我们对骨折内外用药，均学习继承胡氏传统用药方法。

外用药：

初期1—2周内，外敷消肿止痛膏。

中期3—4周内，外敷接骨续筋膏，四周后停用外敷药。外用药过敏者即停用。

后期解除固定则外用熏洗药，舒筋活络并锻炼负重步行，促进早期治愈。

内服药：

初期，服胡氏三七活血丸；中期，服胡氏接骨丹；后期，服胡氏壮筋续骨丹。

此系导师荣获国家部级重大科技成果奖的系列接骨中成药，三期分治用药，疗效显著，服用方便，深受广大病家赞誉。

体　会

1.在手法复位前术者必须详细了解伤情，做到心中有数，辨证立法明确，对症施法得宜，是术者复位成功的基本原则。手法要稳准轻捷，力争解剖复位，这是恢复踝关节功能的关键。

2.骨折复位成功后，置患足于中立位，以超踝夹板固定，能保持良好的复位，不易发生再移位，有利于踝关节练功，是恢复踝关节功能的关键措施。

3.胡氏超踝塑形夹板符合生物力学原理，吻合肢体，既能维持踝穴的正常位置，又可避免内外

踝受压，并有利于患踝关节治疗中之塑形。绷带缠缚必须要松紧适度，并要经常检查患肢末梢血流及踝关节活动情况以及骨折复位愈合情况，以保持松紧适度之外固定，直至骨折愈合为止。

4. 功能锻炼贯穿在整个治疗过程中，手法复位只能把骨折对位好，而不能恢复踝关节正常功能，只有在合理的治疗及外固定保护下，加强踝关节屈伸功能锻炼，依靠距骨自身活动的模造作用，以恢复踝关节功能。

（钟　理）

马在山　治疗红斑狼疮引起股骨头缺血性坏死的经验

临床上对系统性红斑狼疮(SLE)患者,在治疗中大多采用肾上腺皮质激素(简称激素),控制了病情,出现股骨头缺血坏死的病例也是不少见的,治疗更是困难。马在山老师运用中医中药,以补肾强骨、活血化瘀、扶正解毒法治疗红斑狼疮引起的股骨头缺血性坏死,疗效比较满意。现将治疗53例的情况总结如下。

临床资料

本组53例中,女51例,男2例,最小年龄21岁,最大年龄53岁。全部在入院前已确诊为系统性红斑狼疮,均有激素药物使用史。其中48例入院时为了控制原疾病而不可能停用激素治疗。使用激素总量最小1.32万mg,最大6.8万mg,发生股骨头坏死在左侧6例,右侧4例,双侧43例。

诊断标准与病例选择

一、症状、体征:患髋疼痛,活动功能受限,中、晚期出现跛行,4字试验阳性。

二、X线诊断标准参照了《中国医学百科全书·X线诊断学》的标准。

三、有明确的红斑狼疮合并股骨头缺血坏死,红斑狼疮病比较稳定,非急性发作期患者。

治疗

根据红斑狼疮与股骨头坏死中医辨证同属肾虚、血瘀范畴,分为肾虚瘀毒型、肝肾阴虚型、脾肾阳虚型治疗。

一、肾虚瘀毒型(此类患者占85%)。患髋胀痛或刺痛有时向膝部放射。腰酸腿软,下肢无力,怕凉,关节屈伸不利,跛行。面色㿠白,毛发稀疏,尿频或尿少浮肿。性欲减退,男性阳痿,女性月经不调或闭经,血沉增快。舌淡苔白,脉沉尺脉虚弱。治则:补肾强骨益精,活血化瘀解毒。方用马氏1号骨片加菟丝子、益母草、白花蛇舌草、川断、寄生等。

二、肝肾阴虚型。腰膝酸软,患髋疼痛向下放射有抽搐感,屈伸困难。五心烦热,耳鸣盗汗,贫血,有时低热。舌红无苔,脉细数。治则:滋补肝肾、清热解毒,用以马氏1号骨片加生地、龟版、地骨皮、白花蛇舌草、龙葵等。

三、脾肾阳虚型。患髋及腿痛,沉重无力,关节屈伸困难,跛行,肌肉萎缩。身疲乏力,少气懒言,腹胀食少,畏寒肢冷,浮肿,大便溏泄。血细胞减少。舌淡苔白,脉沉细无力。治则:健脾益气,和血补肾。方用马氏1号骨片加山药、白术、黄芪、厚朴、白花蛇舌草等。

临床疗效标准

在系统性红斑狼疮病情基本得到控制下:

临床痊愈:临床功能恢复正常,局部疼痛消失,恢复原工作,经追访一年以上无变化者,X线显示:骨破坏区、囊状坏死区骨结构恢复,关节间隙增宽。

显效:临床治疗连续一年以内,关节活动功能明显增大,局部疼痛基本消失,过度活动后有酸痛感。X线显示:治疗六个月有明显死骨吸收,新生骨增生,死骨及囊状坏死区缩小,关节间隙增宽。

有效：临床治疗一年以内，关节活动功能好转，行走500米以上或气候变化时疼痛加重。X线显示：有死骨吸收，新生骨增生现象。

无效：临床治疗连续六个月，症状、体征未见变化。X线显示：骨坏死区继续发展。

治疗结果

53例中复查X线片最短时间6个月，最长时间4年以上。临床痊愈2例，显效26例，有效24例，无效1例，总有效率为98.2%。48例在入院时不能停用激素，经过治疗有9例已完全停用了激素，部分患者随着病情好转而减少了激素用量。

体会与讨论

一、系统性红斑狼疮是一种全身性自身免疫性疾病，临床表现复杂，可以同时累及多个器官多个系统。患者阴阳失调，毒邪侵及脏腑，出现"血不濡内，气不卫外"，大量使用激素治疗后，致使本已肝肾不足者更加肾阳亏损，不能温养骨髓，肾气不足无力推动气血运行，气滞血瘀，闭阻经脉，骨枯髓减，股骨头局部供血不良，发生缺血坏死，根据红斑狼疮合并股骨头坏死，病情缠绵，患者体质不同，证候不同以中医整体观念为主导，仔细揣摩，不同时期，随时辨证施治，才能提高疗效。

二、马氏1号骨片补肾强骨益精，活血化瘀扶正解毒，经动物试验证实具有提高免疫功能，调节神经内分泌系统作用，有止痛抗炎作用，可以改善骨质疏松，对抗激素"致阳虚"的作用。红斑狼疮合并股骨头坏死患者关键在肾虚、血瘀，因此马氏1号骨片对红斑狼疮有一定的治疗作用，并有抑制激素药物对骨质产生不良反应的作用。

（马素英）

郭维淮　　治疗慢性腰腿痛的经验

著名中医正骨专家郭维淮主任医师是平乐郭氏正骨六代传人。他具有50多年的骨科临床经验，在诊治腰腿痛方面具有丰富的经验和独到之处。学习郭老师的经验自1991年9月至1992年3月治疗该病56例效果良好，现简述如下：

一、分型：

1. 瘀滞型：中医诊为气滞血瘀腰腿痛，类似于西医的腰椎间盘突出症。此型多发病突然、有外伤史，如搬重物扭伤等。具有典型的斜身突臀扭腰姿势。当腰前屈时脊椎变直，不能后伸，侧屈时两侧不对称，一侧腰肌紧张或痉挛，椎旁一侧压痛明显，并放射下肢呈牵涉痛，咳嗽大便时疼痛加重。屈颈试验阳性，直腿抬高试验阳性，4字试验和拇趾背伸均出现异常。舌质红暗紫色，苔薄黄，脉沉涩。X光片示：腰椎生理前凸消失，椎间隙不等宽。CT片多提示腰椎间盘突出。

2. 慢性劳损：类似于西医的腰椎骨质增生或椎管狭窄症。多由轻度扭伤或劳动时间长，劳动量过度或久坐久站或长期在一个固定姿势下劳动学习及半弯腰劳动史。当时疼痛轻，自觉腰部沉困酸痛，腰活动不灵，后逐渐加重，腰部活动明显受限，从坐位站起时腰不能马上挺起，过片刻才能挺直。双下肢沉困无力，夜重于昼，小量活动感到舒服，劳累后疼痛，反复发作。脊椎两旁均有压痛，呈酸困不适，舌质尖红，苔薄黄，脉沉细或弦细。X光片示：椎体有不同程度骨质增生，常有小关节变尖。

3. 肾虚精亏型：一般中年以上者可患此病，多原因不明或久坐久站或劳动中自觉腰部酸困难受，久则易并发习惯性扭腰，重者腰部发硬，腰挺不直，劳动后加重，休息后疼痛不减并似有加重，不能翻身，与天气变化无关，咳嗽，腰部疼痛，无下肢牵涉痛，腰腿呈酸困沉，小腿外侧麻木，感觉减退或出现头晕及全身乏力，好象上身带不动下身。脊椎旁无明显压痛点，压之酸困不适。舌质淡或偏红，体胖苔薄白，舌边缘有齿印，脉沉细。X光片示：$L_{4、5}$或L_5、S_1椎骨滑脱或腰骶椎隐性脊椎裂，或骨质无异常改变。

4. 风湿痹阻型：因劳动后汗出，涉水或睡卧湿地致腰部感受风寒湿邪而得病。寒邪胜者其痛甚，腰重痛如石如冰，自觉腰渐发沉发痛，下肢沉困作胀，坐卧不适，遇热则轻，遇冷则重，腰部活动尚好。风邪胜者，其疼游走或左或右，疼无定处。腰酸痛难，受或坐或站或卧均不能减轻，多有下肢麻木。湿邪胜者，自觉腰部沉痛似成两截，常后半夜疼甚，腰部活动无明显障碍。外形及X光片无异常改变。

二、治疗方法：按其分型辨证施治，分制或综合运用药物、按摩治疗及功能锻炼。

1. 气滞血瘀型：外伤或过劳，督脉受阻，气血郁滞于腰脊。治法：活血祛瘀益气通经。方药：活血益气通经汤：黄芪40克，当归10克，川断12克，苍术12克，柴胡10克，红花5克，桃仁6克，全蝎10克，僵蚕10克，独活10克，秦艽12克，桑寄生12克，香附15克，灵仙10克，甘草3克，按摩：背部按摩展筋丹加单腿压腿法。按摩舒筋解除痉挛，使气血流通缓解症状。

2. 慢性劳损腰腿痛：劳则伤气，气虚则腰痛，治法：补气养血壮筋骨。方药：加味补中益气汤，黄芪30克，党参15克，当归10克，升麻4克，川断12克，香附15克，乌药6克，灵仙10克，生白术15

克，独活12克，桑寄生12克，狗脊12克，首乌20克，甘草3克，功能锻炼：(1)作腰前屈后伸动作，开始2—3次，后逐渐增加次数。(2)托天按地法：一手托天另一手按地，头向下按之侧足部看，双手交替进行。(3)腹、背肌功能锻炼，双下肢伸直抬腿向上。俯卧位，双手背腰部，头与双下肢抬起。

3.肾虚腰腿痛：年老体衰，肾精亏虚，治法：益气补肾壮筋骨，方药：加味补肾止疼散，首乌25克，当归12克，黄芪30克，党参12克，川断12克，狗脊12克，杜仲10克，补骨脂6克，青盐3克，生白术15克，升麻6克，桑寄生12克，灵仙10克，甘草3克。下肢麻木者加疏肝祛风药，苍术12克，柴胡10克，僵蚕10克，全虫10克。伴有头晕全身乏力者加滋阴养血安神药，女贞子20克，白芍12克，茯苓15克，五味子5克。功能锻炼同上。

4.风湿痹阻型：风寒湿三气杂合为病，经络痹阻，气血不通。治法，温通经络，活血止痛。方药：加味何首乌散，首乌30克，当归10克，川芎6克，白芍10克，川羌10克，独活12克，香附15克，上甲、下甲川山甲各10克，川牛膝6克，寄生12克，元胡10克，甘草3克。若风邪乘肾虚侵入，治法：补气血镇惊除风。方药：黄芪30克，党参15克，当归10克，川断12克，僵蚕10克，琥珀10克，寄生12克，秦艽10克，灵仙10克，香附15克，甘竹3克。湿邪胜者，湿通经络除风祛湿，加味肾着汤：黄芪30克，党参12克，炒白术12克，茯苓12克，苍术10克，泽泻12克，秦艽12克，防已10克，香附15克，乌药6克，细辛3克，怀牛膝10克，甘草3克。加强功能锻炼，增强体质，戒除烟酒等不良嗜好，起居有常。

三、治疗结果：疗效评定标准：1.疼痛消失可恢复正常工作或家务劳动者为临床治愈。2.疼痛部分消失，可参加轻工作或部分家务者为显效。3.疼痛减轻，不能恢复工作或家务劳动者为好转。治疗结果：本组56例，治疗后治愈者43例，显效者12例，好转者1例。

典型病例：

例1、患者薛某某，男，29岁，门诊号221507，X光片号152087，青海省黄南州林业局干部，于半年前扭伤腰部，右下肢及腰部疼痛，咳嗽、大便时均疼痛加重，当地诊为$L_{4、5}$椎间盘突出症，经按摩、内服药物、封闭等疗效不佳。查：舌质红暗紫有瘀斑，苔薄黄，双尺脉沉涩，行走为斜身突臀扭腰状，身子向左弯，臀部向右侧突。腰前屈时脊椎变直，后伸不能，挺腹试验阳性，屈颈试验阳性，咳嗽时右下肢疼痛加重，直腿抬高试验、4字试验阳性，右侧L_4椎旁压痛并向下放射。X光片示：$L_{4、5}$椎间隙变窄，生理前凸消失。中医诊为气滞血瘀腰腿痛，内服活血祛瘀益气通经中药，活血益气通经汤两剂症状大减，七剂药症状基本消失，行走轻松，畸形疼痛减去80%，又继服五剂痊愈。

例2、患者，王某某，男56岁，门诊号221852，无外伤史，从坐位猛站起而致腰痛甚，似岔气一样不能活动，翻身坐站均出现刺痛，唯自己顺势缓慢活动尚可缓解，稍动不慎又疼甚。疼痛点局限在下腰部。舌质淡舌体胖，苔薄黄，脉紧，诊为肾亏气虚、腰腿痛急性发作。即以拇指尖点按肾俞穴，委中穴，腰疼点穴(手背2、3掌骨之间)1—2分钟，症状即缓解，可慢行走。。内服益气通经活血止疼中药三剂痊愈。

讨论

1、肾气虚是腰腿痛的基础。腰腿痛是一种临床常见综合征。一般多先有腰痛以后开始向下蔓延致股后侧，腘部、小腿外侧及足背痛。无论是外力损伤于腰背或风寒湿邪乘虚而入引起的腰腿痛都与肾虚亏损有关。《景岳全书》提出："凡病腰痛者，多由真气不足。"《丹溪心法》云："腰者肾之外候，一身所持以转阖关者也，盖诸经皆贯于肾而络于腰脊。"都认为腰痛者与肾相关。中医认为：肾的生理特点是主骨藏精生髓，肾中所藏的精气宜充盛、闭藏不宜耗散外溢。其病理特点是肾精之易耗损而表现不足之证，肾病一般只提虚证，肾虚在腰脊。其主要临床表现为腰膝酸软疼痛，所以郭老认为肾气虚是腰痛的基础是有道理的。至于人们随着年龄的增长、劳损、外伤、风寒湿邪的侵入虽然都

可以导致腰腿痛，但这些原因所加都必须在肾虚的基础上才能起作用。一个阴阳平衡之躯是应该抗拒外邪而保持正常无病的，所以郭老师在诊治本病时总是不弃补肾之药扶正祛邪，是有道理的。

2、辨证分型施治是取得良好效果的关键。作为腰腿痛来说是一主症，产生这一主症的原因不同，病机不同，表现症状也自然不同，所以治疗时也就必须先区分其不同类型进行治疗方能取得较好的效果。气滞血瘀腰腿痛，有明显外伤史，具有典型的扭腰突臀型，疼痛明显，腰椎旁肌痉挛压痛并向下肢放射，咳嗽时大便时疼痛厍重。舌质红暗紫色，苔薄黄，脉沉涩。治则必须用活血祛瘀益气通经之剂，配合手法按摩。慢性劳损腰腿痛，多为半弯腰工作、久坐久站或不良姿势而致。腰椎两侧压之酸沉困痛，双下肢自觉无力，劳动疼痛加重，休息减轻，舌质尖红、苔薄黄，脉沉细，X光片示，椎体均有不同程度骨质增生。治疗以补气血壮腰通经中药。肾虚腰腿痛，常病因不明，多有习惯性扭腰，腰部发硬，劳动后加重但休息后不减轻反而似有加重，腰酸困不适，无明显压痛史。咳嗽时腰腿病加重，但无下肢牵涉感与天气变化无关。常有下肢麻木或头晕全身乏力不适的自觉症状。舌质淡，苔薄白舌体胖，舌边缘有齿印。X光片示：无异常改变或有先天发育不良。治疗以补气血壮筋骨为其方，加味补肾止疼散主之。风湿痹阻型腰腿痛多为感受风寒湿邪所致，与天气变化有关，休息一夜第二天早晨重，小腿沉困发胀，髀膝外侧到绝骨外踝及诸节皆痛。治疗以温通经络，活血止痛。其方以加味何首乌散。麻木为风邪，血虚生风，凡有下肢麻木者加镇惊祛风药，琥珀、僵蚕、全蝎之类。

3、按摩和功能锻炼是解除痛苦，恢复身体的有效方法。痛则不通，通则不痛。按摩点穴可以使气血流通，不仅对疼痛严重的病人能缓解疼痛，就是对慢性疼痛病人也有促使康复的作用。自我锻炼虽然对疼痛严重的患者是困难的，但也不无好处，对慢痛或急痛缓解的病人则能调动和增加机体的机能，所以不失为配合治疗的有益方法。

（张梦环）

刘柏龄　治伤手法经验

刘柏龄教授在临床中擅长手法治疗，且疗效卓著，为阐发其临证之长和广为应用，现将其治伤手法介绍如下。

博采众长，师古生新

手法治疗是我国伤科医学中的宝贵遗产。它是凭着医生的双手，根据不同的病情，选用相应的手法，作用于人体的一定部位，以达到防治疾病目的的一种治疗方法。由于其悠久历史的演变，治伤手法之名目亦日益繁多，无一规范，施术难能规矩。刘师荟萃隋、唐以来伤科精华，进行整理研究，形成自己的体系，使伤科手法更生新辉。如唐・蔺道人对骨折与关节脱位提出用"揣摸、捻捺、拔伸、搏捺、转动"等手法。刘师认为揣摸、捻捺即"摸法"，亦即我们现在所说的"手摸心会"，是整复前后的检查法，此法是用以了解分析病情并检查整复后的效果。这一条事实上也被作为整复的重要原则而应用于临床。同时特别强调无论整复骨折或关节脱位，不能用猛力、暴力、死力，要用"活力"，才能取得良好的效果，不看伤情用力过猛，妄求速效，实际上是欲速则不达，甚至起相反作用。只有"活"才是整复手法的关键所在。

在手法操作上，刘师从不马虎从事，他要求每一手法的每一动作都要做到稳、准、精。他认为手法的目的是使受伤的筋骨仍复于旧，即恢复其原有功能。但伤有轻重，而手法也各有所宜，其损伤治愈时间的早晚及是否遗留残疾，亦取决于手法实施是否得当。此即施术要稳，避免手忙脚乱；同时要求操作要准确，一旦临证，机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出，做到"虽在肉里，以手扪之自悉其情"的准确程度。他还特别强调实施手法者，必须心明手巧，首先了解病情，然后才能用手法，治之多效。

治伤手法，道熟以成

刘师手法治疗达到理论精通，道熟以成的程度，他治病手法应用广泛，除掌握常用传统手法外，还独具一家，对一些特殊疾病专创治疗手法进行分类，并制定出每一法的实施要领，适应症。他认为伤科手法可分为两大类，一为治骨手法，一为治筋手法。

治骨手法　有接法、端法、提法

"接"，凡是使断骨接续在一起的手法都称之为接法。此是正骨的总称，是正骨总的要求。在正骨的接法中又分为拔伸、捺正两大类。拔伸是牵引的意思，在伤肢远端沿其纵轴以各种方法进行拔伸牵引，以矫正重迭、旋转移位之骨，亦即"欲合先离，离而复合"的接骨原则。捺正是指以一手或两手将断骨自高突处向下按捺平正或使成角及侧方移位，通过挤捺得到矫正。"端"的含义较广，是多个手法的综合运用。是用两手或一手拿定应端之处，酌其重轻，或从下往上端即"子骨找母骨"的手法，是以远骨折断端去凑近骨折断端。从外向内托是使外歧旁突之骨从外侧向内端托，含对相挤按和屈伸、旋转以及关节脱位的"端骨缝"等技巧操作。直端是沿纵轴直牵，而后反折捺正。此法可概

括有"端挤提按"、"屈伸收展"、"旋转回绕"、"成角折顶"等。"提"是将"陷下之骨提出如旧也"，指骨折陷下，亦即骨折端重迭移位，用手力或机械(即绳帛)沿骨纵轴方向进行提牵。因为无论什么类型的骨折，如果不能从陷下中提牵出来，是不可能使两骨折端对顶而连接。

治筋手法　亦称理筋手法或舒筋手法。

此即按、摩、推、拿手法的具体应用。刘师认为按摩法是按、摩两类手法的总称。按法是"以手往下抑之也"，用手法"按其经络以通郁闭之气"。摩法是"徐徐揉摩之也"，是用手法"摩其壅聚，以散瘀结之肿"。此法具有通经络，散瘀结，舒筋合骨的治疗作用。推拿法是推、拿两法的总称。推法是"以手推之，使还旧处也"，拿法是"两手或一手捏定患处，酌其宜轻宜重缓缓焉以复其位也。"推拿法的适应症是"若肿痛已除，伤痕已愈，其中或有筋急而转摇不甚便利，或筋纵而运动不甚自如，又或有骨节间微有错落不合缝者，是伤虽平，而气血之流行未畅，不宜接整端提等法，惟宜推拿，以通经络气血也"。按摩推拿手法主要应用于治疗各种伤筋，如急慢性扭挫伤以及骨折脱位后的功能恢复期，能使损伤迅速治愈。它的适应症是非常广泛的，对新伤瘀血肿胀阶段应注意贯彻"促吸收"即"祛瘀生新"的原则。四肢软组织损伤时，按摩推拿施行于近端肢体，不直接按摩损伤局部。躯干软组织损伤时则按其局部经络循行部位。

刘师不但深究按摩推拿手法，还对其机理进行深入探讨。他认为应用手法的动力，可使活血舒筋的作用加强，可以促进皮肤组织的营养增加；手法可加速静脉和淋巴的循环，能协助消除人体的代谢废物，同时由于手法外力的推摩压迫，能使血液循环旺盛，有助于损伤组织的修复。血液循环加速，血液氧的成份增加，营养物质的供应亦随之增加，肌肉纤维也能增长。手法的作用还可使肿胀加速吸收，可以预防与解除粘连等。

刘师在应用按摩推拿手法时，常分为三个操作阶段：

第一阶段为准备阶段，是运用手法为进行治疗作准备。它具有镇痛解痉散瘀活血，放松紧张肌肉的作用，使治疗手法在肌肉舒松的情况下，得以顺利地进行，以达到满意的治疗效果。另一方面也是使患者的肢体具有一个适应过程。

如轻度按摩法(或叫抚摩法)，深度按摩法(或称推摩法)以及滚、擦、揉法等。

第二阶段是治疗疾病的主要阶段。即应用手法来治疗各种软组织损伤，以达到理顺筋络，调和营卫，通经活血的目的。根据损伤的性质，如腰部扭伤，则按其扭捩的性质、暴力的大小而施以各种引伸手法。如腰部背伸法、旋转斜搬法、牵抖法等。

若系骨折、关节脱臼后遗关节强直，则根据其障碍程度而运用屈伸、旋转、摇晃手法来顺骨捋筋，帮助关节功能的恢复。

第三阶段，由于手法操作以后，患者往往有一个刺激反应过程，尤其是使用较重较猛的手法解决主要矛盾以后，还可能或有筋骨间微有错落不合缝者，是伤虽平，而气血之流行未畅。用叩击、揉搓、运展等手法，使紧张的肢节放松，进一步推动气血的运行，是手法结束、整理收功的最后一步。

总之，按摩推拿手法的使用应依由轻渐重，再由重到轻这个"公式"进行。

治疗效果如何，关键取决于手法的应用如何。手法应用的关键，在于确切掌握手法的使用原则。刘师常讲使用手法，首先必须根据辨证施治的原则来掌握运用。因伤有重轻之分，又有皮肉、筋骨关节之别，解剖位置也各有不同，故要求按情况选用相应的手法。

手法应用的轻重、巧拙，直接关系着损伤的恢复与否；使用正确，运用得好，就能取得较好的效果，否则手法施用得再多也达不到理想的目的。他特别强调在运用手法时应掌握 1. 手法前对病情要作充分了解。2. 施行手法要有目的和计划。3. 准备好手法所需的敷药、夹板、绷带等一切应用器材。4. 手法操作时，用力要轻重适当。5. 手法动作要熟练、灵活、敏捷，尽量使患者不感到痛苦为原

则。操作时思想要集中，必须全神贯注。7.患者的体位适当，保持在一定的舒适位置。8.操作时要注意解剖关系。9.注意手法的禁忌症，为了保护皮肤可采用一些滑润剂。

以病立法　自成一家

刘师一贯主张辨证施治，以证为据，以病立法。只有这样有理有据，施行手法才能收到事半功倍的效果。刘师不但能使常见、多发病手到病除，而且对一些疑难顽固之疾也有超人起痾之法。例如临床上多见的腰椎间盘突出症、肩关节周围炎、慢性腰腿痛等，大多数治疗效果都不甚理想，刘老根据其发病机理、临床表现、经络气血关系的特点，在实践中制定出自己的一套方法，临床应用多年，效果显著。如应用二步十法治疗腰椎间盘突出症，即是刘师临床应用的独创，此法是轻重结合的两种治疗手法。第一步亦即轻手法，包括按、压、揉、推、滚。因为腰椎间盘突出症髓核突出压迫脊髓神经根是主要因素，只用一推一拿手法对本病治疗恐有不及，因而采用重手法亦即第二步的摇、抖、搬、盘、运之法以补第一步轻手法之不足。

刘师认为：就腰椎间盘突出症的临床征象看，是属于腰背部“督脉”和“足太阳膀胱经”，两经气血运行失调所致。然本病又多有外伤史。故巢氏《诸病源候论》说：“伤损于腰而致痛也，此由损血搏于背脊所为。”而出现“背脊强直，腰痛似折，下延腘端”等症状，非常近似腰椎间盘突出症。基于上述理论基础，而运用推拿手法治疗，使经络气血得以宣通，则骨正筋柔其痛自止。正如《医宗金鉴》所说：“按其经络以通郁闭之气，摩其壅聚以散瘀结之肿”其患可愈。本病关键是突出的椎间盘髓核压迫脊髓神经根，故而用摇、抖等重手法可以改变病变椎间盘的位置，加宽椎间隙，利用纤维环外层及后纵韧带的强力，逼使突出的椎间盘还纳。再通过搬、盘等手法，对分离粘连及受压的神经根有其重要作用，特别是侧搬手法，刘师认为可使中下两椎体相互旋转扭错，可将突出物带回原位或变小，是治其根本之法也。

（赵文海）

施维智

治疗骨迟缓愈合的经验体会

骨折迟缓愈合在临床上虽不多见，但也时有发生。对该病的治疗，骨科一般采用切开复位内固定加植骨术。但手术毕竟给病员带来精神上的不安，且创伤也比较大。术后，虽然骨折断端是愈合了，但患肢由于长期固定，给后期邻近关节功能的恢复，带来一定的影响。

施师认为，骨折迟缓愈合属虚证。受损之骨内动于肾，肾水不足，水失涵养，以致肝、肾之精气不能营养筋骨，此症迁延日久，是一气血俱伤之证。拟用温补肾阳、壮水涵木，佐以益气养血法内治。配合接骨膏外敷和功能锻炼，促使断端早日连接并恢复关节功能，在临床实践中取得了较满意的效果。

临床资料

本组九例病例，其中男性 5 例，女性 4 例。最大年龄 53 岁，最小 20 岁。最短疗程为 51 天，最长疗程为 120 天，平均疗程为 85 天。

按骨折部位分，其中肱骨干骨折 2 例、尺骨上⅓骨折 1 例、左股骨颈陈旧性骨折 1 例、股骨干骨折 3 例、胫腓骨下⅓骨折 1 例。

疗效分析

以上九例中，有一例肱骨干骨折，因为断端分离较大，服中药后，断端虽有骨痂形成，但终未能连接而告失败。其余八例均愈合，一并恢复关节功能。

基本方药组成：

熟地 9 克，当归 9 克，白术 5 克，白芍 9 克，党参 9 克，黄芪 9 克，补骨脂 5 克，甜苁蓉 9 克，枸杞子 9 克，鹿角片 12 克，先煎，千年健 9 克，陈皮 5 克。

随症加减：上肢加桑枝、松节，下肢加牛膝，阴虚加首乌去鹿角片。

典型病例

楼小玉，女，30 岁，门诊号 73—029166。

1980 年 8 月 24 日因车祸造成左尺骨上⅓骨折，在某医院先作石膏固定，后改用小夹板固定。11 月 20 日 X 线摄片未见骨痂生长。12 月 3 日转来我院伤科治疗。门诊检查骨折端有压痛，并能摸到骨擦音，前臂肌肉萎缩，皮肤清冷，关节功能伸 100°，屈 85°，肩腕关节活动受限。X 线复查：未见骨痂生长。病员面色㿠白，舌苔白腻，脉濡软。

诊断：左尺骨上⅓骨折，迟缓愈合。

辨证：气血两亏，肾阳不足，水不涵木，筋骨失养。

治则：温补肝肾、益气养血。

处方：当归 9 克，白术 5 克，白芍 5 克，熟地 9 克，党参 9 克，黄芪 9 克，补骨脂 5 克，枸杞子 9

克,川断 9 克,杜仲 9 克,甜苁蓉 9 克,陈皮 5 克。

外用接骨膏,每周换药一次。前臂用四块杉木珍板固定,屈肘 90°悬吊于胸前。并在不影响断端生长的前提下,作适当肘关节屈伸活动及腕肩关节操练。由于病员有关节粘连,在连续用药中,随症加入疏风通络药,如秦艽、羌活、松节、威灵仙等。

81 年 4 月 10 日摄片复查:断端已愈合。解除固定后,采用洗方熏洗,与接骨膏交替使用,调治至 6 月 12 日复查:肩、肘、腕关节功能基本恢复正常。

蒋建军,男,20 岁,住院号 291,浙江普陀渔业公司渔民。

病员 85 年 6 月外出捕鱼时不慎跌跤,造成右股骨中上⅓骨折(粉碎性)。在当地部队医院作皮牵引加夹板固定治疗月余,断端未见骨痂生长。同年 8 月作股骨干切开复位加髓内针、钢丝内固定术。85 年 9 月复查 X 线片,对位对线尚可。术后 7 个月,即 86 年 3 月 X 线复查,仍示见断端有骨痂生长。于 86 年 3 月 20 日来本院住院治疗。

入院检查:右股骨中上⅓处压痛明显伴肿胀,患肢缩短 1.5cm,右大腿外侧有一 25cm 纵形手术疤痕。右膝关节僵硬,髋关节伸屈活动受阻,右下肢不能着地,神萎肉削,皮肤清冷,脉濡细,舌苔薄白。

入院诊断:右股骨中上⅓骨折,术后迟缓愈合。

中医辨证:股骨干骨折,症延日久,气血不足,肝肾亏损,筋骨失于温养。

治则:益气养血,温补肝肾。

处方:熟地 9 克,当归 9 克,白术 5 克,白芍 5 克,川芎 5 克,党参 9 克,甜苁蓉 9 克,川断 9 克,补骨脂 5 克,枸杞子 9 克,鹿角片 12g(先煎),淮牛膝 9g,千年健 9g,陈皮 5 克。

在连续服用以上述中药为基本方的同时,嘱病员进行主动的膝关节功能锻炼,辅助推拿手法。卧硬板床休息。住院后 3 月 27 日 X 线复查片示:断端可见部分骨痂生长。5 月 23 日 X 线片示:骨痂生长逐渐增加。6 月 27 日 X 线片示:断端已有连续性骨痂生长,情况良好,骨折线趋向模糊。经过 120 天的中药系统治疗,于 7 月 19 日和 8 月 2 日二次 X 线片复查,均见骨折端骨痂生长良好,骨折线模糊,达到临床愈合。患肢髋膝关节功能渐复,疼痛消失,已能单独行走。出院一年后随访,已恢复捕鱼工作。

讨 论

骨折迟缓愈合,是指骨折 3—4 个月后,断端仍未连接的病例。根据喻嘉言"新病邪实,久病正虚";正休类要《论肿胀篇》"若骨干接而复脱,肝肾虚也"等论述,施师认为本病愈合与否,同肝、肾、气血盛衰有关。肝肾精气旺盛,气血充盈,运行敷布正常,筋骨受到精微滋养则劲强有力。当人体遭受外界暴力而致筋骨损伤时,必内损肝肾、血络,导致脏腑、阴阳、气血的失调。此时若能及时辨证用药,调整内机体的平衡,发挥各脏器的正常生化功能,那么,骨折就会在一定时期内连接愈合。否则,脏腑失和,精气不足,损伤骨端得不到精髓滋养,就会发生骨折迟缓愈合,甚至不连接现象。所以本病应以"损者益之,虚者补之"为原则,采用益肝肾,补气血的方法才能奏效。

从现代医理论分析:连接骨痂和断端坏死骨皮质内血管的形成,髓内动脉是血供的主要来源。所有骨折的后期,血供的主要来源,是来自于髓内血液循环。这说明髓内动脉的充盈与否,对骨折愈合是十分重要的。

《素问·逆调论》曰:"肾者,水也,而生于骨,肾不生,则髓不能满,故寒甚至骨也"。《素问·阴阳应象大论》曰:"肾生骨髓"。又《素问·解精微论》云:"髓者,骨之充也"。从这些古籍记载中,说明了肾水能充髓益精,滋养筋骨,使筋骨劲强,筋脉和顺。若肝肾亏损,肾水不足,骨髓失充,则筋骨萎弱,

生长无力。因此，骨折迟缓愈合病员及时运用温补肝肾的方法，纠正其正常的生化功能，对促进骨折的早日愈合是有一定的作用的。

现代医学认为，血液循环是骨折部位骨痂形成的主要因素。《灵枢》曰：血和则筋脉流行，营复阴阳，筋骨劲强，关节清利。说明人体精气的输布，阴阳的平衡是依赖气血的顺和畅流来维持的。所以凡是发生气滞血瘀，造成气血不能在筋脉中正常循环往复，运行全身，都能使筋骨、肌肉失去正常的敷布滋养，给损伤组织的修复带来困难。

骨折迟缓愈合病员的损伤局部，也存在肿胀，但是这种气滞血凝现象，施师认为它不同于骨折初期的经脉受损，血溢脉外的气滞血瘀、瘀而化热的实热性肿胀，而是气血虚弱，运行无力所引起。正如《疡医大全》所述："凡损伤之证，若骨已接，骱已入，其肿不消者，此元气虚弱也，虚弱者，则不能运散，瘀滞益凝也"。故此时不能妄用活血化瘀法，否则适得其反，使虚者更虚。而宜用益气养血，壮阳育阴之法来疏通络道。使气血运行正常，恢复其输布滋养的功能，促进损伤筋骨的断端早日愈合。因此，同样是肿胀之症，由于病因相异，其治则亦迥然不同。此可谓同病异治也。

（吴云定）

中　药

刘　俭　商品乌梢蛇实用鉴别研究

乌梢蛇古代名乌蛇，最早见于唐·甄权《药性论》，现存文献始载宋《开宝本草》，以后历代本草有收载。《本草纲目》释名为乌梢蛇。药用乌梢蛇为游蛇科动物乌梢蛇除去内脏的干燥体。在商品药材经营中分有：有皮乌梢蛇、去皮乌梢蛇（躯干皮剥去，仅头尾留皮）、饮片乌梢蛇段（切除蛇头、刮净鳞片、切段）三种。

乌梢蛇自古以来常有伪品。苏颂《图经本草》载述"乌蛇生商浴山，背有三棱，色黑如漆，作伪者用他蛇熏之全黑，亦能乱真，但眼不光为异耳。"寇宗奭《本草衍义》云"乌蛇尾细长，能穿小铜钱一百文者佳。市者多伪以他蛇，熏黑货之，不可不察也。乌蛇脊高，世谓之剑脊乌梢。"

近年来，药材商品乌梢蛇出现很多伪品。要查处伪品，必先要定出真伪的鉴别依据。按照老药工的传统经验真品是：头扁圆形似龟头；背鳞片菱形无光泽；背脊高耸呈屋脊状，尾细长，习称"铁线尾"；全体乌黑色。这些鉴别经验，基本载于 1963 年版《药典》之中。1977 年版《药典》增加了眼大不陷有光泽和脊肌肉厚；表面色泽改为黑褐色或绿黑色。但是这种对头形、屋脊状背部、细长尾、厚脊肉的描写都是十分抽象的；同时商品蛇常多断碎及烂焦，不但睛膜破烂成窟窿状，即使是表面色泽也浓淡焦黑各不一样。因此，在查处过程中不单是饮片蛇段，去皮蛇难于辨别，即使是有皮蛇也感到鉴别有困难。不少地区出现真假错判。一些单位因质量搞不清楚，索性全批商品销毁者也有之，或者采取折衷办法，改名"乌杂蛇"继续销售。这不但造成国家损失，而且伪品仍流通于市场。有一个地区查阅了 1961 年版中药志的乌梢蛇彩图，根据彩图画出的鲜明色斑，背中央两行鳞片黄棕色，外侧两行鳞片黑色，再外侧又为黄色，又再外侧为黑色，各条色斑纵贯到尾，形成背鳞色泽从背顶部向外侧呈黄棕—黑—黄—黑相间的鲜明条纹。以此核对商品，结果将伪品三索锦蛇认作是标准正品，而正品乌梢蛇反而报废错毁。

1985 年版《药典》中关于乌梢蛇性状的描写，在"密被菱形鳞片"后删去了"无光泽"三字，在"眼大不陷"之前加上"大多"两字，并增补了"背鳞行数成双，背中央 2—4 行鳞片强烈起棱，形成两条纵贯全体的黑线。"以及"颊鳞 1 枚，眼前下鳞 1 枚，较小，眼后鳞 2 枚。"两段鉴别内容。

1986年以后，不少学者对乌梢蛇的鉴别，发表了多篇文章。科研工作主要对其鳞片、骨骼以及理化方面进行研究。其中，对鳞片以头部各种鳞片的研究最多，有的甚至将头部十多种鳞片的数量、大小、形状、位置排列作为鉴别内容。骨骼有鼻骨、头骨、椎骨之间的形状及异同做了多项比较。理化有电泳鉴别，薄层及纸层色谱鉴别、紫外光谱鉴别等。这些研究很细致具体，是科学的鉴别方法。但是对于全国数以千计的药材经营单位，特别是基层的收购、进库验收部门来说，确实是难于做到的。因为，他们面对的不是十条八条蛇，而是千百公斤，几百条几千条蛇的质量验收，他们只能逐条细看而不能用别的药材抽样检验的理化办法。可惜，各文献中能够真正切合商品经营实际，确实具有准确而又简便易行，足以解决药材基层--线收购，质量验收工作，从而在源头处就杜绝伪品流入的实用鉴别方法至今还未见报导。

刘俭主任中药师从事中药材工作五十多年，积累了甚为丰富的中药材鉴别经验。为了找出切合药材商品经营实用的乌梢蛇鉴别方法，他从自己的经验、文献资料提到的鉴别办法，以及多次请捕蛇专业师傅、动物学专家教授，蛇类养殖场有关人员等广泛吸取各方面技术资料，通过几年经常性的商品乌梢蛇实物验收，从中研究、验证、核实、总结出准确度高，实用性强的简便鉴别方法。几年来，在市属各县药材经营部门推广应用过程中，效果很好，再没有错收伪品情况出现。现将其对乌梢蛇的鉴别研究进行整理如下。

头形　传统经验及多数文献认为头圆或头扁圆形，似龟头；亦有认为头较长，圆面狭，呈扁椭圆形的。我们在商品蛇验收中核实，应是椭圆形稍扁的居多，但椭圆程度有长有短；似龟头之说只可参考。在伪品蛇中不少亦是头扁椭圆形的，故头形不是主要鉴别所在。

眼眶　乌梢蛇眼大，瞎膜有光泽是事实。但商品蛇瞎膜常破，已成窟窿。且别的蛇也有眼大不陷的。故眼眶不是判定真伪的依据。

脊高　乌梢蛇背脊高耸，是一种重要特征，但以屋脊来表示，不成为标尺，亦有用背脊高耸呈三角形来形容的，况且蛇又有肥瘦(冬蛇丰满，春蛇瘦脊)，因此以截面呈三角形计算，也不准确。我们研究认为，乌梢蛇脊高，突出在“耸”字。经反复验证，从乌梢蛇的椎骨棘突特征中，可以得出其“耸”的内在原因及足以衡量其脊高的标准(详述于椎骨项)。

尾细状　传统描述为“铁线尾”；寇宗奭形容为能穿小铜钱一百文者佳。但从众多的商品蛇实物观察，乌梢蛇的尾是较细长一些，这只是相对而言，并不十分明显。故尾部细长仅能作为鉴别中的参考。

表色　这比较复杂。本应区分皮色和鳞色，但多数文献没有明确分开记述，古代本草说是色黑如漆，近代文献较多描写成全体黑褐(乌黑)色，或绿黑色。而在动物形态特征的记述是体呈灰青褐色，背中央二行鳞片呈黄色或黄褐色，其外侧两行鳞片黑色，纵贯全体成黑色纵线，腹面灰白色，后半部呈青灰色。也有说其动时皮色暗，且有黄棕色线状斑纹的记述或描绘。根据我们几年来多批次商品乌梢蛇观察，幼年蛇或蜕皮期皮色为绿黑色，成年蛇为黑褐色至漆黑色。偶见到极少数幼蛇有2—4条黄棕色纵向斑纹。鳞片色泽全体呈烟熏的焦褐色，无光泽；若是晒干或烘干的，其背鳞为灰褐色，微有光泽。腹鳞灰白色，后半部灰青褐色。在商品乌梢蛇中约有二成左右其体前段背顶2行鳞片黄色至黄棕色；至体中部逐渐消失，鳞片刮除后，在相应的皮部位仍显黄色或黄棕色。至于在黄色鳞片外侧处各有两行黑色鳞片纵贯全体成两条黑色纵线，在商品乌梢蛇中基本见不到。

背鳞行数　近代文献一致认为乌梢蛇的背鳞行数为双数，应是16—16(14)—14行，十分恒定。从已经发现的16种伪品蛇中，其背鳞行数均为单数。因此，可以说背鳞行是鉴别乌梢蛇的最主要特征。只是在小条乌梢蛇或者是过于瘦脊的蛇才难于展平，数清鳞片行数。然而，在较大量商品收购或进库验收中，采用鳞片行数来鉴别，也有不够方便之处。

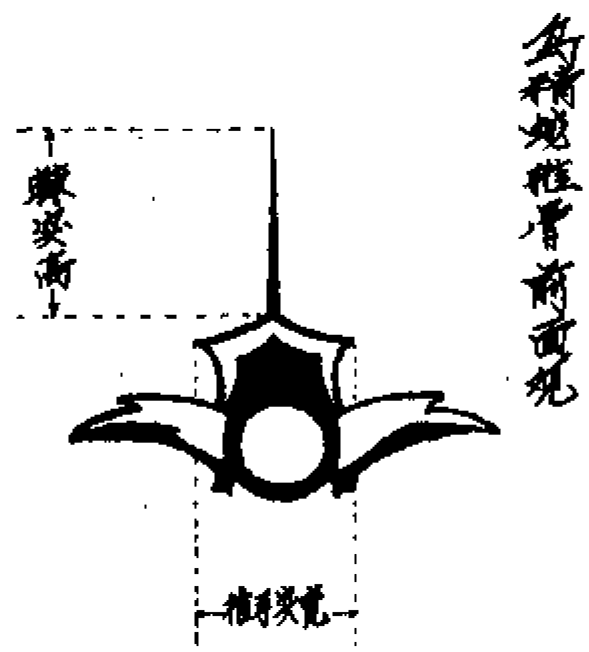
背鳞起棱　背中央 2—4 行鳞片强烈起棱，亦是乌梢蛇特征之一。但我们观察到的情况并不是所有乌梢蛇都是背中央 2—4 行鳞片起棱，而是约有一半左右无此特征。大多数起棱是背顶两侧各为一行，中段以下较明显，前部不甚明显。起棱的鳞片棱棱相接，形成一条细长的纵棱线；鳞片刮除后，细棱线在相应部位仍然突起，明显可见。这对于饮片蛇段具有鉴别意义，但值得注意的是在 16 种伪品中也有 6—7 种蛇有不同情形的鳞片起棱。故鉴别对应掌握背中央 2—4 行起棱的特点。同时，也不能说没有起棱即为伪品。

头鳞　科研部门较多主张以头部鳞片作为鉴定依据。根据商品经营实际，头鳞鉴别法在基层工作中是行不通的，特别是对已切去蛇头的饮片蛇段，更是无法鉴别。

脊肌　乌梢蛇的脊肌肉一般来说是稍厚于其他伪品蛇的，但并不十分明显，难作鉴别准则。

刘老师在学习古典文献中，很注意"世谓之剑脊乌梢"一句。这无疑是古代认识乌梢蛇特征的高度概括。他推敲剑脊应从"耸"字入手，可于椎骨中找出形成高耸的内部结构。而这则是关键特征。

椎骨　我们经过从几十批次商品乌梢蛇及其伪品蛇中抽取其颈椎骨、脊椎骨、尾椎骨去清残肉观察，发现乌梢蛇的椎骨棘突特别高，而椎弓突则明显狭窄，两者之间的比值显然与各种伪品蛇存在很大差距，可作为主要鉴别依据，特别是对去皮蛇应成为主要鉴别特征。在 100 多节椎骨实验数据表明，乌梢蛇的棘突高度与椎弓突宽度的比值平均为 1.2∶1（见附图）。其中较高的是躯体前半部。而各种伪品蛇的棘突高度与椎弓突宽度的比值仅为 0.75∶1 左右。



乌梢　据捕蛇师傅介绍，乌梢蛇的尾最末端一片小鳞呈乌黑色。我们在众多商品蛇中很难看到此特点。但是我们却发现乌梢蛇肛门后的尾底部皮色必呈乌黑色，只要稍刮除鳞片，即十分显现。而所有伪品中都无此特征，他们大多是黄白色，间有黄棕色而带红斑，腹部皮色也有此特点，但不及尾部明显。

结语

从上述研究中，我们认为对于药材经营部门来说，以乌梢蛇的鉴别可以作如下总结：

1. 头形、眼眶、脊肌肉、尾细长等可作为鉴别中的参考，不能作为鉴别的主要依据。

2. 表色有一定变化，成年蛇基本是黑褐色，但体前段背顶有 2 鳞片宽的黄色或黄棕色线，亦为正品。幼年蛇及蜕皮期蛇为绿黑色，极少数可见到有几条黄棕色斑线。

3. 背鳞行数必定是 16—16—(14)—14 行。遇鉴定不下的蛇，可展开蛇皮细点鳞数予以鉴别。

4. 背鳞起棱要掌握是背中央 2—4 行起棱。鳞片的棱棱相接形成一条细长的纵棱线，刮除鳞片后，细纵棱线在皮表面相应部位同样显现，这是乌梢蛇重要鉴别特征之一。但是没有鳞片起棱，也不一定是伪品。另外，背中央 2—4 行鳞起棱，形成两条纵贯全体的黑线，这个特征在商品乌梢蛇并不明显或基本不见。

5. 脊高耸要结合椎骨特征鉴别，乌梢蛇椎骨的棘突高大于椎弓突的宽。椎骨特征是鉴别去皮蛇或饮片蛇段的重要鉴别方法。

6. 乌梢即尾底部皮色必是乌黑色。

（李满联）

谢宗万　　狼毒药用品种的古今变化及其鉴别

狼毒首出于《神农本草经》下品，从现存明以前的本草文献中看，对其药用品种的记载或过于简单，或模糊不清，以至长久以来辗转传抄以讹传讹。及至近代，各地同物异名、同名异物的药物品种错综交织，造成狼毒的药用品种更加混乱。狼毒虽是一味少常用药品，但因其毒性较强，故对其药用品种古今变化之脉络及鉴别方法实有明辨之必要。

早期本草记载之狼毒正品

《神家本草经》载："狼毒味辛平，主咳逆上气，破积聚饮食，寒热，水气，恶疮鼠瘘疽蚀，鬼精蛊毒，杀飞鸟走兽，一名续毒"。文中未有品种记述，但从"杀飞鸟走兽"可知，本品有大毒。

《名医别录》虽亦未记品种，但云："有大毒……生秦亭山谷及奉高，二月八月采根，阴干，陈而沉水者良"。按《中国历史地图集》载，在三国及两晋时，秦亭在今山东郓城之北，奉高在今山东莱芜以西，均为泰山地域之内。

《本草经集注》云："秦亭在陇西，亦出宕昌，……亦用泰山者，今用出汉中及建平。"查《中国历史地图集》，南北朝时无"秦亭"之地名，可能此地甚小，不为文献所传。陶隐居所云"秦亭在陇西"当指在甘肃西部别有"秦亭"一地。宕昌，按《中国历史地图集》在南北朝时是指今甘肃省东南部，天水市的西南，当时称为宕昌郡。"亦用泰山者"，与《别录》所记之产地相合，但又言："今用出汉中及建平"，表明到南北朝时期，狼毒的产地有所变化，汉中在陕南，建平在川东，即陕西西南与四川东北交界之处。综合起来可以看出，在这一时期狼毒的药用品种主产于甘肃、陕西、四川，山东产者亦用，但已不为主要来源。

《新修本草》之"狼毒今出秦州、成州，秦亭故在二州之界，其泰山、汉中亦不闻有"，说明在唐代，泰山、汉中已不产狼毒。秦州、成州分别位于今天水市以北及以南地区，属甘肃省。

通过上述考察可以明确，早期狼毒药用品种产自山东泰山、陕西汉中等地区，至唐代以前则以甘肃产者为主要药用品种。谢宗万先生曾亲往甘肃的兰州、武都、宕昌等地实地调查，查清当地产之狼毒均为瑞香科植物红狼毒（紫皮狼毒，Stellera chamaejasme L.）。此一调查结果恰与宋代《证类本草》狼毒条下所附石州狼毒图相符。石州在北宋时有二地。其一在今山西离石县一带，属晋西部地区；其二在今榆林西南一带，属陕北地区。从地理分布来看，与甘肃所产仍属同一地域。因此，笔者认为早期本草记载之狼毒药用正品当为瑞香科植物红狼毒（Stellera chamaejasme L.）。此物在《滇南本草》中被始称作"绵大戟"，以后直至目前在云南、河北、北京等地区的药业中对瑞香科的红狼毒亦均以绵大戟相称；而在山西称山大戟，青海称馒头花，东北称洋火头、红火柴头花，内蒙古称断肠草，四川叫闷头花、一把香，有些地区亦称作大将军、西北狼毒、川狼毒等。此多种别称极易造成入药正品的混乱。因此建议各地药材购销部门应尽快将瑞香科狼毒的多种称谓统一叫做红狼毒，以资与白狼毒相区别。

狼毒药用品种混乱的历史原因

据谢宗万先生调查，目前在全国各地药材市场以狼毒之名出售或地方上习用的同名异物品种达 20 几种，涉及瑞香科、大戟科、天南星科、茄科、萝藦科、商陆科、石竹科、马鞭草科、景天科、拢牛儿苗科、菊科等 11 科。之所以出现这种混乱局面是有其一定历史原因的。

首先，历代本草对狼毒药用品种的形态无直接描述。既使有描述者亦自相矛盾，或文图不符，使后人无所依从。这是造成混乱的直接历史原因。

如陶隐居云：(狼毒)与防葵同根类，但置水中沉者便是狼毒，浮者则是防葵。但至唐《新修本草》即批驳了这种说法，云："此物与防葵者不同类，生处又别"。宋《开宝本草》云："狼毒叶似商陆及大黄，茎叶上有毛，根皮黄肉白……按此与防葵全别"。按此形态描述与多种狼毒的同名异物品种相对比，均不符合。而在宋代的《图经本草》、《证类本草》，明代《本草品汇精要》、《本草蒙荃》等版本中均引用此说。从这些版本中所附之药图来看，也与此说不符，即文与图所指非为一物。

至《本草纲目》只言："狼毒出秦、晋地，今人往往以草蔄茹为之，误矣"，也无形态描述；所附药图与《证类本草》石州狼毒相似，可见李时珍当时亦未见到原物。所以在明清本草中大都只记狼毒的功能主治，而无形态记载。这就对后人寻找狼毒的正品品种造成了很大困难。

其次，"狼毒"之名称也是造成品种混乱的历史原因之一。李时珍谓："观其名，知其毒矣"，可知狼毒的命名缘自本身的毒性。虽自《神农本草经》起，"狼毒"就已经成为一种药物的特有名称，但实际上在民间许多地方，仍把凡具"虎狼之毒"的植物，取名为狼毒，由此而造成混乱。谢先生于 60 年代在福建厦门调查时发现，药材公司中经营一种"狼毒草"，经鉴定实为菊科的六棱菊(Laggera alata Sch. －Bip.)。当地土名称之为"劳毒草"，可能由于方言的关系，就转而误作狼毒草收购了。在前述 20 余种混乱品种中，因毒性面命名和地方习用的原因而形成的狼毒同名异物者，占有很大比例。

白狼毒是历史上的新兴品种

目前在华东、华北及东北广大地区销售的狼毒和用狼毒蒸大枣名"狼毒枣"治各种结核所用的狼毒，经鉴定为大戟科植物白狼毒(黄皮狼毒)。其原植物通常有二，一为月腺大戟(Euphorbia ebracteolata Hayata)，又名大猫眼草，主产于安徽、河南、江苏、山东、湖北等地，其中以安徽产量最大，河南产者质量最佳；其二为狼毒大戟(Euphorbia fischeriana Steud.)，也叫狼毒疙瘩、猫眼睛、大猫眼草，猫眼根等，主产于黑龙江、吉林、辽宁、河北、河南、山西、内蒙古等地区。这二种狼毒亦有大毒，在功能主治方面与瑞香科植物红狼毒相似。

大戟科的狼毒人药用，是否有本草依据呢？前面已提到《本草纲目》狼毒条云："狼毒出秦晋地，今人往往以草蔄茹为之，误矣"。同书中列有草蔄茹条文曰："草蔄茹出建康，白色。今亦处处有之，生山原中，春初生苗，高二、三尺，根长大如萝卜，蔓青状，或有歧出者。皮黄赤，肉白色，破之有黄浆汁，茎叶如大戟，而叶微阔，不甚尖，折之有白汁。抱茎有短叶相对，团而出尖，叶中出茎，茎中分二、三小枝。二、三月开细紫花，结实如豆大，一颗三粒相合，生青熟黑，中有白仁如续随子之状。今人往往皆呼其根为狼毒，误矣"。此段形态描述与特征，为大戟科狼毒无疑。由此可见在明代确有以大戟科白狼毒作狼毒入药者，但李时珍认为这是误用。

在唐朝天宝年间，应日本僧人之邀我国高僧鉴真和尚东渡日本，在传授戒法之时也带去很多中国产的药材，这些药材的部分实物标本，至今仍完好地保存于日本正仓院中，其中即有狼毒。据鉴定，此狼毒为大戟科的月腺大戟(Euphorbia ebuacteolata Hayata)，即白狼毒的一种，这一实物证据当是确凿可信的。

谢宗万先生指出："凡一种药材，在前代本草中没有记载过，而是新近兴起，与某种传统中药的正品在药名上有一定的联系，在生物来源上有一定的亲缘关系，也可能截然不同，但在药材质量上或功能主治方面一般认为与之基本相同或较之更优者，即称之为'新兴品种'。"用这一理论观点，对照白狼毒的药用历史与实际状况，可以认为大戟科的白狼毒即是狼毒在历史上的新兴品种，虽未被历代本草所正面记载，但在药材的生平与应用中远在唐代起就作狼毒使用，并一直延续至今，经久而不衰。故笔者认为，在当前白狼毒与红狼毒一样均为狼毒的药用正品。

狼毒药用正品品种的鉴别

狼毒的异物同名品种虽有20余种之多，但大多数是由于毒性命名和地方习用品所形成；有些品种在植物形态或药材特征上均与正品品种相去甚远，故在准确掌握正品特征的基础上，其他多种混用品是不难识别的。

瑞香科红狼毒药材呈圆锥形至长圆柱形，长7—35cm，直径约3—5cm，稍扭曲，有分枝，根头部留有残茎基痕1个或数个；外表棕色至紫棕色，有纵皱及横生的细长皮孔，有时残留细根。栓皮剥落后，露出柔软的纤维，体轻、质韧、不易折断；断面中心木质部黄白色，外圈韧皮部白色，呈纤维状。气微，味微甘，微苦而辣。

大戟科白狼毒因含乳汁较多，极难干燥，故药材多为横斜切片或纵切片。月腺大戟切片呈类圆形、长圆形或块状，直径1.5—6cm，厚0.5—1cm。栓皮灰褐色，呈重迭的薄片状；易剥落而显棕黄色，切面黄白色，有异形维管束形成黄褐色或黄色大理石样纹理或环纹；黄褐色或黄色部分常为凝聚的分泌物；质轻，折断而粉性，气微，味甘。狼毒大戟药材与上种基本相同，栓皮灰棕色，易剥落而显棕黄色或棕红色；切面黄白色，异形维管束较上种更明显，形成同心环纹，粉性大，质轻泡易碎；味甘，尝之有刺激性辣味。

瑞香科红狼毒与大戟科白狼毒在原植物上最直观的区别是，前者的苗茎丛生，而后者的苗茎单生。月腺大戟与狼毒大戟在原植物上的鉴别要点为，前者的叶片互生，后者的叶片轮生。

（郝近大）

尚志钧　　牡丹皮的品种及药用沿革考察

牡丹皮为常用中药,历代本草均有记载。《中国药典》(90 版)载:"本品为毛茛科植物牡丹 Paeonia suffruticosa Andr. 的干燥根皮。功能:清热凉血,活血化瘀。"为了探明我国古代牡丹皮药用情况,本文拟通过历代本草文献的考察与分析,并结合尚志钧先生:《2000 年的本草文献研究——核实历代本草中的药名与实物》(见 2000 年的中国研究资料,第 60 集)理论观点,对中药牡丹皮的品种及药用沿革进行了比较全面的考察,为深入研究牡丹皮提供了本草学依据。

宋以前本草记载及考证

牡丹,最早见载于《神农本草经》(以下简称《本草经》),列为中品。谓:"牡丹,味辛,守,主寒热,中风,瘈疭,痉,惊痫,邪气。除癥坚,瘀血留舍肠胃,安五脏,疗痈疮。一名鹿韭、一名鼠姑。生山谷"。此处因无原植物描述,故难以推断其品种。但从所记的性味功能及主治分析,似与现今药用牡丹吻合,从"生山谷"一词看,该品当为野生品类。魏《吴普本草》,是最早记载牡丹植物形态的本草文献。吴普曰:"牡丹,……叶如蓬,相值,黄色、根如指,黑,中有核。二月采,八月采,日干。"从"根如指,黑,中有核"文字看,吴氏所述牡丹完全符合现今牡丹类植物根部形态特征。所以,我们认为《本草经》记载的牡丹与吴普所述牡丹乃同属一类,当为现今毛茛科芍药属牡丹组(Sect. Moutan DC.)的植物。

《范子计然》云:"牡丹,出汉中、河内。"《名医别录》云:"牡丹,生巴郡及汉中。"汉中即今陕西南郑县,河内即今河南武陟县,巴郡即今四川巴县,根据以上文献所记录的牡丹产地、参照《中国植物志》(第 27 卷)记载的国产牡丹组植物种类及地理分布(见表 1),并结合古人以类相从和以临床疗效为依据的用药方式综合分析。《本草经》记载的牡丹,应是我国古代野生牡丹植物多品系的"广义种",其种类可能包括:矮牡丹 P. suffruticosa var. spontanea. 紫斑牡丹 P. suffruticosa Var. Pa-Paveracea. 四川牡丹 P, szechuanica 等。

表 1　　国产牡丹植物种类及地理分布一览表*

植物名	拉　丁　学　名	分　　布
牡丹	Paeonia suffruticosa Andr.	本种可能由产我国陕西延安一带的矮牡丹 P. suffuuticosa Andr. var. spontanea 引种而来。现全国各地均有栽培
矮牡丹	P. suffruticosa Andr. var. spontanea Rehd.	陕西延安
紫斑牡丹	P. suffruticosa Andr. var. papavaracea (Andr.) Kerner	四川北部、甘肃南部、陕西南部(太白山区)

四川牡丹	P. szechuanica Fang	四川西北部(马尔康)
野牡丹	P. delavayi Franch. Var.	云南西北部、四川西南部及西藏东南部
狭叶牡丹	P. delavayi Franch. Var. angustiliba Rehd. et Wila.	四川西部(巴塘、雅江、乾宁、道孚)
黄牡丹	P. delavayi Franch. Var. iutea(Delavay et Fianch.) Finet et Gagnep.	云南、四川西南部、西藏东南部

此表系按:《中国植物志》。第27卷。科学出版社。1979 41—48,"毛茛科芍药属牡丹组"资料整理。

《中国植物志》(第27卷)载:"牡丹 Paeonia suffurticosa Andr. 可能由产我国陕西延安一带的矮牡丹 Paeonia suffurticosa Andr. var. spontanea Rehd. 引种而来。"《新华本草纲要》(第1册)也有类似记载。从现存野生牡丹均单瓣花,雄蕊多数;栽培牡丹多重瓣花,雄蕊退化,数目少等情况看,P suffurticosa 是经人工培育形成的新兴品种的论断是完全可信的。据文献考察,在汉代,野生牡丹还未被人们引为栽培,因此可以肯定,《本草经》所记载的牡丹决非是 P suffurticosa 。

关于《吴普本草》记载的"叶如蓬,相值,黄色"的牡丹,显然与我们现时所见牡丹不同。《说文》云:"蓬、蒿也。"蒿是菊科蒿属植物,其叶多分裂,狭细,如青蒿、艾蒿、蒌蒿、茵陈蒿之类。查检文中"黄色"二字,按文意和植物特征描述分析,当指花的颜色、而非指叶黄色。条文中"花"字,可能是在传抄中脱漏。据此,我们认为吴普所言的牡丹应是现今黄牡丹 P. delavayi var. lutea 。因为在野生牡丹群中,只有黄牡丹的花为黄色、叶片分裂狭细如蓬。据《中药大辞典》和《中药材品种论述》记载,黄牡丹的根皮,历史上就作牡丹皮药用,商品名称"西昌丹皮"。

考《唐本草·注》:"牡丹、生汉中。剑南所出者,苗似羊桃,夏生白花,秋实圆缘,冬实赤色,凌冬不凋,根似芍药,肉白皮丹,出汉、剑南,土人谓之牡丹,亦名百两金,京下谓之吴牡丹者,是真也。今俗用者,异于此,别有臊气也。"剑南即今四川省境。按苏敬所云:"剑南产者,苗似羊桃,夏生白花,秋实圆缘,冬实赤色,凌冬不凋"的植物,显然与牡丹类植物不符,因为牡丹类植物都为落叶性亚灌木,复叶,果实为五星形聚合果,种干黑色。经考证和对照《中国高等植物图鉴》(第3册),该植物当是现今紫金牛科植物朱砂根 Ardisia crenata Sims。据谢宗万先生调查证实,我国广东、广西过去确有以朱砂根的根或根皮,作"土丹皮"药用的情况。可见,牡丹皮在唐时就已出现混淆品了。

宋代本草记载及考察

欧阳修《洛阳牡丹记》载:"牡丹,初不载文字,唯以药载本草。大抵丹、延以西及褒斜道中尤多,与荆棘无异,土人皆取以为薪。自唐则天以后,洛阳牡丹始盛。"此处丹、延及褒斜道,均属陕西境。从欧氏的记文中可以获知下列史料:1. 牡丹最早是以药物见名,并载入本草的。2. 陕西一带分布甚多,"与荆棘无异、土人皆取以为薪",这与古代本草文献记载的牡丹生汉中是吻合的。3. 洛阳牡丹(指观赏牡丹),始盛于唐武则天以后。

苏颂《本草图经》载:"牡丹,生巴郡山谷及汉中,今丹、延、青、越、滁、和州山中皆有之。花有黄、紫、红、白数色,此当是山牡丹。其茎梗枯燥,黑白色。二月于梗上生苗叶。三月开花,其花叶与人家所种植者相似,但花止五、六叶耳。五月结干,黑色,如鸡头子大。根黄白色,可五、七寸长,如笔管

大。"丹州即今陕西宜川县，延州即今陕西延安一带，青州即今山东益都县，越州即今浙江绍兴市，滁州即今安徽滁州市、和州即今安徽和县。根据苏氏所云："今丹、延、青、越、滁、和州山中皆有之，此当是山牡丹"和"其花叶与人家所种者相似"，可以证明，当时药用牡丹仍是取之于野生品类。按上述产地、对照表 1 分析，产于丹州、延州的牡丹，显然是矮牡丹和紫斑牡丹。

至于苏颂提到青州、越州、和州、滁州山中亦产牡丹，这似乎与现时《中国植物志》记载不符。然通过文献考察，确证华东区在古代有野生牡丹类植物的分布，可证资料有：梁·陶弘景《本草经集注》注文云："牡丹，今东间亦有，色赤者为好。"此"东间"，当指陶氏隐居处（今江苏省句容县茅山境）的东部方位，可见当时江苏境内有牡丹类植物分布，又南朝诗人谢灵运于公元 420 年，在今浙江省永嘉县任太守时，曾写过"永嘉竹间水际多牡丹"诗句，可证当时浙江境亦产牡丹。另，唐代《四声本草》、五代《日华子本草》载安徽和州、宣州和浙江海盐出产牡丹等。按以上资料所记，在宋及宋以前，浙江、江苏、安徽、山东等地确有野生牡丹类植物分布。但由于宋代距今已有 900 多年历史了，而在这漫长的岁月中，对牡丹这种既可供观赏，又可作药用的名贵植物来说，是难以避免人们的长期采挖、以致绝迹。因此，在今天华东区的土地上，野生牡丹已不复存在。

寇宗奭《本草衍义》云："牡丹，惟山中单叶花红者为佳，家椑子次之。若移枝接者不堪用。……市人或以枝梗皮售于人，其乖殊甚。"据寇氏"家椑子次之"来看，栽培牡丹取为药用，始于宋代。从"市人或以枝梗皮售于人，其乖殊甚"分析，到北宋末期，野生牡丹资源破坏严重，药材商品已供不应求，故市场伪劣杂品甚多。

明、清时期牡丹皮药用情况考察

李时珍《本草纲目》载："群花中，以牡丹第一，芍药第二，故世谓牡丹为花王，芍药为花相。"牡丹，按功用可分为药用和观赏两类，药用多取野生单瓣者，观赏多取栽培重瓣者，观赏牡丹，唐代盛于长安，宋代盛于洛阳，明代则盛于亳州及曹州。

由于唐、宋时期观赏牡丹盛世，好花者纷纷到山野采挖引种，以致野生牡丹资源破坏殆尽，至明代，宋初时的那种"与荆棘无异，土人皆取以为薪"的繁茂景象已不复见。陈嘉谟《本草蒙筌》云："今世多取枝梗皮代充，或采五加皮杂卖，乖谬殊甚，选择宜精。"可见当时药用牡丹皮货源甚缺，正是由于野生牡丹资源匮乏，已不能满足医疗需求，从而促进了药用牡丹皮的广泛栽培。随着栽培区的逐渐扩大，产量与质量的不断提高，使栽培牡丹成为明代的药用主流。据潘法廷等报道，"我国著名的铜陵凤丹皮，就是从明代开始此种栽培的，其栽培时间也不过 500 年。"（中药材 1985；(3)45）

清代的本草文献，主要记述牡丹皮的性味功能，主治应用，配伍禁忌等，极少记载其品种、形态及产地等，即使述及，也只是遵前人之说。从大量文献考察结果看，清代，栽培牡丹已完全取代了野生牡丹的药用地位。

结　语

通过文献考察证实，牡丹皮药用始于汉代。根据《中国植物志》，"牡丹，可能由产于我国陕西延安一带的矮牡丹引种而来"，结合古今牡丹品种及地理分布考察，和古人以临床疗效为依据的用药方式，推断《本草经》记载的牡丹，应是我国古代野生牡丹植物多品系的"广义种"，其种类可能包括矮牡丹 P. suffrutticosa var. spontanea 紫斑牡丹 P. suffruticosa var. Papaveracea 四川牡丹 P. szechuania. 近代有学者将《本草经》记载的牡丹原植特定为 P. suffruticoca，这是欠妥的，《吴普本草》记载的"叶如蓬、相值，黄色"的牡丹，按形态及花色分析，当是黄牡丹 P. delavayi var. lutea ，该品历史上就作牡丹皮药用，商品名称"西昌丹皮"。《唐本草·注》中的"苗似羊桃，夏生白花，秋实圆

缘……"的植物，应是紫金牛科植物朱砂根 Ardisia crenata Sims．是牡丹皮混淆品种，不宜作牡丹皮药用。

宋及宋以前，药用牡丹皮是取之于野生品。宋以后，因野生资源减少，栽培牡丹才取作药用，由此可见，P. suffruticosa 是药用牡丹皮中的一个新兴品种。明代，栽培牡丹已成为药用主流。至清代，栽培牡丹已完全取代了野生牡丹的药用地位。

（刘晓龙）

刘 明 鉴药"四纲""八法"

鉴药，素为医药学家的重要课题，性状鉴定既可靠又简便，为药家喜用。刘老师五十春秋不倦探求，有其见解："药工鉴药，首决真伪，然后定其优劣，是以博众物之异同，而识各药之独有物证。事药者之术，当推形、色、气、味为纲要也。"刘老师举"四纲"行"八法"可谓鉴药的诀窍。

鉴药"四纲"

1."形"：即形状。"药之为物，来之于形。"鉴别自然界万物的外部特征，"是以观其形为纲。"中药材的形状常呈长条形、扁平形、椭圆形、团块形等，有的则形象比拟如圆锥形、锤形、肾形、漏斗形、管形、连珠状等。也有的被老药工用生动形象的语言，一语道出其形状特点，如"马头、蛇尾、瓦楞身"，形象描绘出海马的外形特征。因此，中药材的形状是其最基本的特征之一，外形的鉴别是中药鉴定的第一感观。

2."色"：即颜色，"物之各异，有别于色"。中药材的颜色，主要取决于其对外来光照射的吸收和反射程度。"是以察色为纲"，其实质就是鉴别中药材各种化学成分物理性质的特性。颜色是鉴别中药材真伪及品质优劣的重要标志之一。如山药的质量应以色白为佳，黄连以色黄为好；玄参则以色黑为上。"色变则味变、味变则质变"说明了颜色的变异是内部有效成分改变的结果，颜色的变异能准确地反映中药材质量的改变。

3."气"：即气味。"品质之各异，在于其气"。"以辨气为纲"就是通过人的嗅觉器官感受之气味为鉴药依据。含有挥发油成分的中药材，大都具有特殊的气味，其气味常有气香、气臭、气酸、气腥、气特异、气微、气无(即无臭无香)等。檀香的芳香气、安息香的愉快香气、零陵香的清香气都属气香的范畴；有强烈臭气的臭草，有大蒜样恶臭气的阿魏，有特异臭气的芜荑、雄黄均属气臭；气酸者有乌梅；气腥香如虎骨、豹骨；秦艽、防风、西红花等的气味难以具体形容，往往用"气特异"的词句来表示；贝母、重楼、白前、南板蓝根等的气味很淡、嗅之微弱，称之为气微；木蝴蝶、莱菔子、牡蛎、珍珠、自然铜、花蕊石因无气味称之为气无或无臭。大多数中药材都具有固定的气味，气味的浓淡与所含的挥发油的含量成正比，故利用气味可判断中药材的真伪及质量优劣。

4."味"：即味道。"物之不同，异于五味"。由于每种药材所含的化学成分不同，通过口尝嘴嚼，感受到中药材的味道，以味道作为鉴别依据，"是以辨味定性为纲"。中药材的味道有辛、酸、甘、苦、咸、涩、淡等。辛味与挥发油、辣素、皂甙有关；酸味与有机酸有关；甘味与糖类、淀粉有关；苦味与生物碱、苦味素、甙类有关；咸味与盐类有关；涩味与鞣酸有关。除少数矿物类品种无味外，其余都有一种或一种以上固有的味道，每种味道又有浓厚、淡薄之分，味道改变、证明药用成分的改变，故利用中药材的味道也可以鉴别其真伪及品质的优劣。

"形、色、气、味"是中药材的固有属性，中药材的真与伪、质量的优劣，在这"四纲"上有不同的呈现，故利用人的感观鉴别中药材"形、色、气、味"的综合指标，具有严格的科学性和准确性。

八项鉴别法

1. 练好基本功法　刘老师认为："辨伪必须识真，识真才能辨伪，知优才能判劣。"一句话道出了鉴别者必须具有一定的业务功底和基本技能。怎样才能识真、知优？刘老师提出的"边干、边学、边总结、边提高"的"四边学习法"，其实质就是要认真学习、持之以恒、在实践中加以提高，扎实的基本功是中药鉴别的前提。

2. 察疑求证法　刘老师从古人"疑似之物，不可不查"中总结出："疑必有因，查则明，大胆怀疑，小心求证。"如在鉴别的一批蛤蟆油中，因有少部分色泽略淡引起我的怀疑，遵照刘老师的"察疑求证法"，我将这部分挑拣出来，按照"四纲"逐一分析鉴别：形稍扁、无血丝、色略淡、光泽暗，腥气比正品差，味微苦。四方面均与正品不同，经按《中华人民共和国药典》蛤蟆油检查项下检查得以印证。

3. 综合鉴别法　每种中药材的形、色、气、味都有一个固定的综合指标，运用"四纲"鉴别中药材就是检查检品的固定综合指标与正品相符的程度。一些伪品尽管与正品相似，但因其基本构成不同，综合指标也不一致。例如近两年收购的蛇床子商品中，常混有一种种子，形和蛇床子相似，同具5条突起的棱线，但仔细观察5条棱线形成的4条纵沟较蛇床子宽而浅；色较蛇床子暗，5条突起的纵棱线呈黄色；气具芹菜样气味而异于蛇床子；具浓烈的芹菜香味。综合其"形、色、气、味"四纲，证实该蛇床子大量掺有芹菜子，问题得到了解决。

4. 重点鉴别法　此法适用于物种相近、性状相似品种的鉴别，重点检验差异较大的某一方面。也可对某些在"四纲"中，仅一方面有差异时，采用"单纲"予以否定。例如，近年来有人用引流熊胆汁灌入猪胆囊中充做天然原个熊胆，对此，只要重点鉴别其胆皮就可区分真伪；又如云南产的苦山奈与山奈形、色、气完全相同，唯味不同，山奈味甘而辛，苦山奈则味苦。

5. 形状三看法　鉴别中药材的形状，要一看其整体的形状，二看表面的形状，三看其断面的形状。观察整体形状要观察其体积大小、长短、厚薄、曲直等形态特征；观察表面各种特征的形状，要观察表面是否光滑、粗糙，对植物药来说尤其要注意其皮孔、节、节向、叶痕、根痕、毛须、横纹、纵沟、纹理、油点等特征；观察断面形状是指将完整的植物或动物类药材用刀横切或纵切或折断，观察其断面的组织结构；矿物类药材则用锤打开，观察其断面结构、解理。

6. 色泽三观法　观察中药材的"色"，一是在自然白昼直射光或散射光下观察中药材的色泽；二是将中药材浸泡在水中，观察水浸出液的颜色，如苏木、秦皮、射干、西红花；三是将药材置于火中燃烧，观察其颜色或烟雾的颜色，如海金沙、青黛、血竭等。

7. 气味三嗅法　鉴别中药材气味的方法，一是取中药材在不破坏的情况下嗅其味道；二是将药材破坏，即掰开，断碎，揉搓后嗅其味道；三是将药材置火中燃烧，嗅其气味，如檀香、降香、沉香、麝香等。

8. 味道三感法　将检品放入口中嘴嚼最少一分钟，注意一是入口感，即入口最初的味道；二是回味感；三是将药渣吐出的后感。因大多数药材由数种以上的成分组成，其味道也是复合的，然而由于各种成分在唾液中的溶解度不同，作用于口腔粘膜和舌面上的味觉细胞的时间不同，故各阶段的味道也有差异。例如牛黄入口时味先微苦，而后回甘，并有清凉感；穿心莲初入口时不觉得味苦，咀嚼回味时则味苦，吐出药渣后逐渐觉得苦至喉部，并且苦味持久、根据这个特性，可用此法区别正品和伪劣品。凡有强烈刺激气味和有毒的检品，在口尝时要特别小心，尝物不能多，控制药液不能流入咽喉，吐出药渣要立即用清水漱口、洗手，防止中毒。

体　会

通过近两年的跟师学习，在实际检验操作中，以中药材"形、色、气、味"为性状鉴别之纲，运用八

项基本法检验，实用可取，深受教益。八项鉴别基本法的依据是中药材“形、色、气、味”的基本属性。“练好基本功法”，讲明了如何学习，怎样才能识真知优；“察疑求证法”说明了对待检品应持的态度；“综合鉴别法”、“重点鉴别法”则指点了运用“形、色、气、味”四纲的技巧；“形状三法”、“色泽三观法”、“气味三嗅法”、“味道三感法”阐明了经验鉴别的技能。

“形、色、气、味”是每种中药材各种构成和成分性质的综合体现，“八项鉴别法”是刘老师根据中药材的基本性质，通过长期实践的经验总结，具有一定的科学性和实用性，有简单快捷、准确的特点，对指导我们的中药鉴别工作，尤其是在没有理化实验条件的情况下，对性状的鉴别有普遍的现实指导意义。

（周路山）

刘　俭　西洋参鉴别经验

西洋参又名花旗参，为五加科植物西洋参 Panax quinquefdium L. 的干燥根。产于美国、加拿大，以美国威斯康辛州所产最有名。1948 年我国江西庐山植物园曾试种。1975 年后，北京、吉林、陕西等地开展引种，1980 年引种成功。1985 年起国内各产区已有较大量商品提供市场。为了区别美加产品和国内产品，商品经营将前者称为进口西洋参，后者称为国产西洋参。由于群众心理的原因，亦由于国产西洋参质量与进口西洋参存在差距，市场上仍然是进口西洋参受欢迎，因而价格高于国产西洋参三到四倍。

西洋参与人参 Panax ginseng C. A. Mey. 为同属植物，两者药材性状很相似。曾有以人参(生晒参)伪充西洋参。近期更发展到经过着意挑选及烫水加工等方法以生晒人参伪充西洋参。又因国产西洋参与进口西洋参差价很大，故又有将国产西洋参混于进口西洋参之中，欺骗牟利。

关于进口西洋参与生晒人参的鉴别，近年的研究，以两者所含部分人参皂甙之种类不同为依据，用薄层层析法可予鉴别。这无疑是科学的鉴定方法。但是在商品经营实际中，常遇到已经混入伪品或可能有混入伪品的情况，所以性状的经验鉴别则具有实际应用的意义。至于进口西洋参与国产西洋参的鉴别，迄今未见有较详细的报导。

佛山毗邻港澳，是珠江三角洲经济比较发达地区，进口西洋参购销业务也较多一些。自去年遴选为师承学习刘俭主任中药师中药材鉴别技术后，通过一年多跟师实践，深感刘老师鉴别中药材技术经验丰富，他在验收西洋参时所用的"充分认识特征，综合过细分析"的鉴别技术有其独特之处，尤其是在前无资料的情况下，摸索出进口西洋参与国产西洋参的初步鉴别方法。现将其鉴别技术经验整理总结于后。

进口西洋参　国产西洋参　生晒人参的主要性状特征

1、进口西洋参　现今市场商品野生西洋参已极少。商品分短枝种洋参、长枝种洋参两个规格。有的又在短枝中分出一种粒庄规格，在长枝中分出一种中枝规格，但基本仍应归纳为短枝和长枝两种。

1.1 短枝种洋参又称种泡参。是种洋参质量最好的一种。因主根粗短，丰满胀起如"泡"状，故名。主要特征：主根短圆柱形，单一，少数下端分两叉，分叉角度大。芦头细，体丰满，肩部多胀起，下端急促收钝，有的在侧旁及下部有几个分叉角度大的切口。表面黄白色或灰青色，全体有细密紧凑，纵横绷紧样皱缩纹，有明显的线状栓化疤痕(有称为皮孔)，有的根头部有隐约的环纹。体重，质坚实。切口平坦，致密无裂隙，皮部厚，为切口半径 1/3 以上；形成层甚明显，形成层外侧有较多的红棕色点树脂道；木部色深，有的呈灰青褐色，具有放射状纹理，常见木部中间呈一字形劈裂，间见皮部与木部略显分离。具西洋参特有香气，味甘凉苦浓厚，习称"葛凉味"，嚼之味留口持久。

有的因采收或加工原因，内质淀粉转化为糖，表面黄白色，皱缩较大，质稍软，切口微显润性，味较甜。但切口仍致密无裂隙，有细放射状纹理，葛凉味留口持久。

1.2 长枝种洋参　主根圆柱形或圆锥形，单枝、顺直，少分枝，个别可见在根头部有分叉角度大的枝根切口，芦头较细，偶见在芦头处着生一条很细的不定根。尾端切口平坦，间有末端呈急促收钝，下生几条很细的根，表面黄白色或灰褐色，全体有细密紧凑，纵横绷紧样皱缩纹及明显的线状栓化疤痕，有的栓化疤痕较密，乍看似环纹样，部分在根大部有隐约的环纹，体丰满，质坚实，较长枝的用手弯屈微有回弹感。切口平坦，致密无裂隙，皮部厚，为切口半径1/3以上；形成层基明显，形成层外侧有红棕色点树脂道；木部色深，有细放射状纹理，常见中部折断的断口木部中间呈一字形擘裂，少数皮部与木部略显分离。具西洋参特有香气，味甘凉苦浓厚，嚼之味留口持久。

有的内质淀粉不同程度转化为糖，表面黄白色，皱缩纹较大，质稍软，手弯屈之弯曲度和回弹感明显，味较甜，但切口仍致密无裂隙，有细放射状纹理，葛凉味留口持久。

少数因质地关系，表面较光滑，无细密纵横皱缩纹，线状栓化疤痕亦少见，切口木部呈角质状，质较坚实易折断。行业称为"光身参"。另一种表面光滑或皱缩，切口粉质样，白色，形成层及放射状纹理均不清晰，葛凉味亦较淡。行业称为"粉参"质量均为较次。

2、国产西洋参　目前各地产品的性状、质量差异较大，我们先后收集了8个样本，3个从陕西留坝、北京怀柔、吉林直接收集，其余间接来自河南、黑龙江等地。主要特征：主根圆柱形或圆锥形，单一、顺直。表面色泽、纹理有几种：有的黄白色、具线状栓化疤痕及细皱纹；有的灰黄色，较光滑，栓化疤痕稀少；又有的灰褐色，纵皱纹明显或光滑，栓化疤痕少或无；再有的用撞擦法将本来纵皱纹深之灰褐色磨擦成花白色，则栓化疤痕不见。以上几种均见切口不甚平坦，有磨擦成钝圆样。由于是经过烫水加工，共同特征是质坚硬板结，万难切入，切时有"顶刀"感，切薄片卷曲脆断。切面不同程度显角质状，皮部厚为切面半径1/3左右，树脂道色淡，木部略显放射状纹理，均面致密无裂隙，深度角质状的切面棕黄色，树脂道和放射状纹理不见。西洋参香气较微，味甘凉苦，葛凉味较淡，味留口不持久。

3、生晒人参　旧有规格的生晒人参是以浆水不足的参所加工，其纵皱纹深，体轻泡、质松软、切面裂隙大，易于鉴别。近期是以浆足纹好，用开水烫过质结实的生晒参作伪。伪充长枝种洋参的特征为：圆柱形或圆锥形，多为长6cm以上（过长显参腿），表面黄白色，有细皱纹及稀疏线状栓化疤痕，常见根头部有灰褐色较明显的环纹。质坚实或稍松软。切口黄白色，皮部薄，为切口半径1/4左右；形成层淡棕色，形成层外围有色淡而稀疏的树脂道点；木部黄白色，与皮部色近同，无细放射状纹理，略显微粒样或有细裂隙。味甘苦较浓，有粉甘样闷味，无葛凉味，伪充短枝种洋参为短圆形，芦头大，多修剪平，下端切口大，或见傍侧或下部有2—3个分叉角度小的支根切除口，表面皱缩较大，质稍松软。其余与伪充长枝特征相同。

鉴别要点与方法

1、性状鉴别要点与方法　鉴别西洋参与鉴别任何一种药材一样，必须首先充分认识正品特征，否则心中无底。中药材多是农产品，性状往往千姿百态。要充分认识它，一定要多看多实践，反复分析，找出特征，印象深了，才易于鉴别。具体鉴别分以下三步进行。

大样鉴别　将整袋西洋参倒出，摊开，大样观察，如有伪充品混入，易在大堆正品的形状、色泽、纹理对比下显露出来。

个体鉴别　发觉一枝西样参有异时，要详细对各个部位、色泽、纹理、断而、质地及气味过细鉴别，然后作综合衡量、分析来鉴别判定。不要只凭个别单项作决定。例如表面纵皱纹深大，质软、甜味较大，但切面致密无裂隙，树脂道及放射状纹理清晰，葛凉味留口持久，则为正品。质较结实，具细

皱纹及灰褐色明显环纹，切面亦致密，但木部无放射状纹理，无葛凉味而有粉甘样闷味，应是生晒人参。具灰褐色纵皱纹，或磨擦成花白色，切面皮部厚，致密无裂隙，有较淡的葛凉味，但质坚硬板结，刀切硬实脆断，切面皮部木部均呈明显角度状，应考虑是国产西洋参等。

单项鉴别　这是最基础的基本功夫。

形状：短枝种洋参为短促状，丰满胀起，下端急促收钝，如有分叉或分叉切口，必是分叉角度大。长枝种洋参为单枝顺直、无分枝，如有分枝切口，多在根头上部，并是分叉角度大。如不符上述特征，要结合其他部位鉴别。

纹理：表面纹理应为细密紧凑，纵横绷紧样皱缩，部分根头部有隐约的环纹，线状栓化疤痕较多而明显微突起。值得提出的是很多资料对种洋参的描述为根上部有清晰细密横环纹。其实并非如此。我们长期实物验收证实，除野生西洋参有明显细密环纹外，种洋参部分有隐约环纹，多是线状栓化疤痕多而微突起，误作环纹而已。如有明显灰褐色环纹较多，栓化疤痕少，要考虑可能是生晒人参。如纵皱明显或光滑，要结合其他部位留意鉴别。木部纹理应具细放射状纹。

色泽　木部色泽应比皮部深，表面灰青色，切面木部灰青褐色，此种色习称“田七色”，是正品色泽特有，但质不算好。

芦头　应较细，芦头侧生有一条很细的不定根，是正品特征。短枝参芦大要注意。

切口　应平坦，皮部厚为切口半径1/3以上，致密无裂隙，树脂道明显，木部射线清楚。木部中间呈一字形擘裂是正品特有的性状。

质地　短枝要坚结而重，长枝质结实，但常可弯屈微有回弹感，较易切片。如质坚硬板结，刀切难入易脆断，明显呈角质状的要注意结合其他部位鉴别，可能是国产西洋参。

尝味　尝味要切片含置舌头处、勿咬，让味自然显出。应是葛凉味浓厚，留口持久。葛凉味淡或有粉甘样闷味要特别留意。

2、显微鉴别　在性状特征鉴别基础上，对较难判定的，可配合显微鉴别作参考判断。方法是将参徒手切薄片，充分湿润软化，用水合氯醛透化，甘油与水1：1装片，置显微镜下观察。生晒人参木部有较多簇晶排列，西洋参无簇晶。本法对区别国产西洋参无意义。

（庞耀镜）

叶明波　　神曲的炮制方法及其研究

神曲为消食健胃药，是以药料与面粉混合后，在适宜的温度湿度下，任其自然发酵而制成的。具有健脾和胃，消食调中的功效，用于饮食停滞，胸腹胀满，呕吐泻痢，小儿腹大坚积等症。

神曲的酿造，起源很早，元代以前神曲均系造酒之曲，至明代以后才有在曲的基础上加入青蒿等药制神曲的方法。明代李时珍云："昔人用曲，多是造酒之曲，后医乃造酒神曲，专以供药，力更胜之。"可见古时药用曲和造酒曲是不分的，而后来专用神曲入药，渐与造酒曲分开了。

神曲这个名字的来源，最早可能是因为神曲酿酒的效率很高，故加以"神"字为名，后来传说是在酿造时曰有"诸神集会"，且因用治肠胃病，其功效如神，所以叫做神曲。李时珍引用叶氏水云录所载的酿造法："五月五日或六月六日，或三伏日，用白面百斤，青蒿自然汁三升，赤小豆末、杏仁泥各三升，苍耳自然汁，野蓼自然汁各三升，以配白虎，青龙，朱雀，玄武，勾陈，腾蛇六神，用汁和面，豆，杏仁作饼，麻叶包窨，如造酱黄法，待生黄灰，晒收之。"明代缪希雍著《炮炙大法》也有类似记载。"诸神"究竟指的是什么呢？其实指的是"诸药"，即白虎白面，勾陈苍耳，腾蛇辣蓼，青龙青蒿，玄武杏仁，朱雀赤豆，将六个神的名字冠以云药，所以神曲又叫"六神曲"，乃至简称"六曲"。

近代药学文献记载，神曲是一种酶性消化药，主要作为治疗消化系统的一种辅助性中药，应用于中医临床。为了搞好神曲生产，使传统的曲剂得以发展提高，我们总结了老师的经验，对于神曲的炮制工艺进行了分步介绍，并对自制神曲和商品神曲炮制前后所含的消化酶、微生物以及微量元素进行了测定，旨在继承神曲传统炮制工艺的基础上，拟定一定的质量标准，研究炮制原理，提高产品质量。

一、神曲的制备工艺及质量要求

1、处方

传统神曲配方　白面 100 斤　苍耳汁三升　青蓼汁四升　青龙汁三升　杏仁四升　赤小豆三升

自制神曲配方　麸皮 75kg　白面 25kg　杏仁 3kg　赤小豆 3kg　红豆蔻 3kg 方　青蒿 5kg　鲜苍耳 5kg　鲜辣蓼 5kg

2、制法

神曲的制备一般分为药料的粉碎，拌曲，成形，包曲和发酵等 5 个过程。将杏仁、赤小豆、红豆蔻单独粉碎再和麦麸、面粉拌均，将青蒿、苍耳草、辣蓼压出鲜汁。残渣加水煎汁，加水量约与拌曲时所需水量相当。鲜汁和煎液合并，加入粉料用手工或机械搅匀拌透。干湿度要靠经验掌握，一般使其含水量或药汁在 25%左右，手握成团不散。揉成软材，勿使太潮，否则在发酵过程中容易生虫霉烂，同时也不易成型，但也不能太干，否则不易发酵或发酵不全。将上述拌好的软材压成饼状，或用布包起压紧，各个相靠，排成品字形，堆与堆之间要有一定距离（约 2 厘米左右），要有一定高度，太低往往温度不够。整个要堆松，堆齐，堆直，以增加空隙，有利于散热及霉菌的生长繁殖。堆好后应在曲

面上复盖青蒿，麦秸草或湿麻袋保湿，在发酵过程中最要注意温度和湿度。一般温度以30～37℃，相对湿度以70～80%为宜。当曲料温度超过40℃时，要除去覆盖物，打开门窗降低温度，并及时翻动，以免霉烂和黑心。待其表面全部生长黄衣即可。一般经5～7天就可以发酵完全，取出干燥即得。

3、质量要求

目前对神曲的品质鉴定尚无完善的指标，主要是凭感观和经验，经验认为发酵后闻之有芳香气，无霉烂发臭，表面布满黄衣(菌丝)。以放大镜观察，可见到黄色分生孢子柄的膨胀部。内部生有斑点，显微镜观察，亦应有菌丝及未成熟的孢子。成品块坚实，可整块取出而不碎，呈长方形或方形块状，外表土黄色，粗糙易断，断面不平，可见发酵的空洞，无虫者为佳。

二、神曲中消化酶的测定及微生物的分离检定

1、供试样品

A、将自制神曲按炮制规范要求炒焦；B、自制神曲生品；C、购自武汉市药材公司神曲炒焦(为仙桃市饮片厂生产)；D、购自武汉市药材公司神曲生品。

2、样品中消化酶的提取

供试样品经粉碎，过20目筛，称取样品5克，置250ml容量瓶中。先加蒸馏水50ml，摇匀后加水至刻度。静置2小时，过滤，滤液供蛋白酶及淀粉酶的活力测定。

3、蛋白酶活力测定

按福林试剂比色法进行测定。先用各种不同浓度的酪氨酸标准液与福林试剂的反应，用72型分光光度计在波长680nm处测定光密度，绘制标准曲线。再将酶提取液与底物酪蛋白反应后加入福林试剂，测定光密度。从标准曲线上查得提取液水解酪蛋白产生相应的酪氨酸微克数，酶活力单位是以37℃水浴条件下，每克神曲每分钟水解酪蛋白产生1ug酪氨酸定为“1个酶活力单位”。

4、淀粉酶活力测定

按碘与淀粉显色，用硫代硫酸钠滴定法进行测定，每分钟水解淀粉生成1umol葡萄糖的酶量定为“1个酶活力单位”。

5、微生物的分离检定

按无菌操作法取样，分别置牛肉膏--琼脂培养基，虎红琼脂培养基中，在37℃培养98小时，按平板计数法检查含菌数。

6、结果

各种供试样品蛋白酶与淀粉酶的治性及微生物的检测结果见表1。

表1:神曲中酶活力及微生物的检测

样　品	蛋白酶 (单位/克)	淀粉酶 (单位/克)	细　菌	霉　菌
A	54	13	3.2×10^3	1.2×10^2
B	202	117	5.8×10^5	1.7×10^4
C	32	6	4.9×10^5	2.8×10^4
D	186	105	8.7×10^6	3.2×10^5

注:酶活力数据均为三次测试数据的平均值

三、神曲中金属微量元素的分析测定

1、样品来源　同上

2、测试仪器

JY－48(法)ICP 光量计，全息光栅 2400 条/mm，一级色散率倒数 0.4nm/mm，射频发生器材.5kw。采用高频等离子发射光谱法测定 Zn、Cr、Cu、Be 等 17 种元素。各种神曲制品中金属微量元素的光谱分析测定结果见表 2。

表 2：神曲中金属微量元素分析结果(ug/ g)

样品	Zn	Cu	Cr	Be	Cd	V	Ni	Co	Ba
A	85.0	55.0	0.7	<0.01	<0.02	<0.02	0.8	0.2	10.0
B	64.0	40.0	0.4	<0.01	<0.02	<0.02	0.6	0.2	9.0
C	60.0	9.2	0.6	<0.01	<0.02	<0.02	0.4	0.2	8.2
D	54.0	8.1	0.5	<0.01	<0.02	〈0.02	0.4	0.1	7.2
样品	Sr	Pb	Mn	Fe	Ca	Mg	K	Na	
A	4.6	1.5	98.0	136.0	627.0	2886.0	6947.0	75.0	
B	4.0	1.1	86.0	103.0	532.0	2551.0	6109.0	54.0	
C	3.4	1.5	68.0	106.0	597.0	2772.0	7679.0	52.0	
D	3.2	1.3	64.0	103.0	562.0	2587.0	7113.0	50.0	

注：各数据均为三次测试数据的平均值。

四、讨论

1、神曲为健脾胃消谷食的药物已有一千多年的历史，历代本草均有记载，并对采曲时间及工艺要求很严。农历五月、六月和七月为夏季，在一年之中气温和湿度比较高，适于发酵。

现市售神曲一般都为批量生产，有的质量好，有的则质量差，曲块结或疏松易散，有时内部可见小毛虫体，这种小毛虫是谷盗(俗称虫米蛀虫)的幼虫，是粮食和药材的主要害虫，主要是原料污染虫卵或拌曲时水分加得不当所致。故制曲尽量使用新鲜面粉、麸皮和药料，陈旧药料加工前必须用强光曝晒 6～10 小时，或用远红外 80℃干燥 15 分钟，杀死虫卵，其次是拌曲时一定要掌握湿度，严格控制加水量。

2、制神曲加麦麸，《中药大辞典》已收载(麦麸、面粉比 100：60)。麦麸、面粉同是淀粉性物料，均为霉菌较理想的营养物质。作者根据老师的经验，以麦麸和面粉为主料(麦麸、面粉比 75:25)制曲，其菌丝生长情况相同，同样利于发酵，面麦麸既价廉又成曲方便。且历来为炮制健脾胃类中药的辅料，通过炮制加热产生“焦香”、“谷气”，以助健脾胃之功效。

3、曲剂中酶含量的多寡，是判断曲剂质量好坏的指标，现代医学采用蛋白酶、淀粉酶或其混合制剂作为临床上治疗消化系统疾病的药物之一，并把神曲与这些消化酶制剂归为功能相同的一类药物。试验结果表明，自制神曲所含蛋白酶和淀粉酶较市售神曲高，微生物的含量比市售神曲低，炒

焦后消化酶虽有不同程度的破坏和减少，但经炒焦加温炮制后的神曲中含存细菌、霉菌数量明显降低，且与祖国医学理论及临床效果基本一致。因此，采用蛋白酶和淀粉酶这两种消化酶，作为神曲等药曲发酵的内在质量指标及判断工艺的合理性可能还是可行的。

4、通过对炮制前后神曲中17种微量元素的分析结果，含Zn、Mn、Cu、Fe较高，且制神曲所含的微量元素均比生神曲高。近年来研究表明，许多有效成分作用的发挥与微量元素有关，有些微量元素本身就有营养作用。锌是细胞呼吸酶及DNA多聚酶活力必需的元素，具多种生理功能和作用，能促进胃粘膜再生。当某些致病因素引起肠胃粘膜发炎时，胃分泌含锌酶和含铜酶都减少，表现为胃液中锌和铜的减少，补锌后可得到控制，同时胃炎胀痛随之消失。铁为补血不可缺少的元素，缺铁直接影响淋巴组织发育，导致机体防御力减退。铜的生理功能与铁一样参与造血，铜和血浆铜蓝蛋白具有酶的氧化作用，能增强机体抵抗力。锰是人体不可缺少的元素，尽管人体内只有0.02克锰，但对人的生理作用却是举足轻重的，锰还可以加速铁蛋白内铁释放速度，等等。这些微量元素与有机物分子形成金属综合物常有明显的药理作用，把这些富含微量元素的中草药用于疾病的治疗，有可能调整体内因微量元素变化所引起的紊乱。

焦神曲含存微量元素较生神曲高，可能是在炒制过程中使用铁器加温，使有关离子渗入。由此可见，神曲的作用不只是消化酶独立发挥的，可能有其他成分的因素，但其中所含的微量元素在实现药效方面，具有不可缺少的作用。从而进一步证实神曲炒用是具有一定的传统意义和科学道理的。

（余南才）

涂绍川　　十八反中川乌配伍成分及有害元素测定

中药十八反是传统中药配伍禁忌的重要内容之一，是临床用药必须遵守的重要准则。历代本草多有记载；然而历代医家将相反药物配伍应用于临床者不乏其例，某些相反药物的配伍应用有时会收到意想不到的治疗效果。涂绍川老师从事中药炮制、制剂及中医临床几十年，总结了一些相反药物临床应用的经验，但应用时须特别谨慎：如必须依法炮制，必须严格掌握剂量，随时观察病人有无不良反应等等。究竟相反中药配伍后是否毒性增加，为此我们在涂老师指导下进行了川乌与半夏、瓜蒌、川贝、白蔹、白芨配伍前后乌头碱的含量以及有害元素 As、Cd、Hg、Pb 的测定，现报道如下：

实验部分

1、仪器材料：

(1)仪器：53W 型紫外可见分光光度计，WFX－1F2 型原子吸收分光光度计，VA－90 氢化物发生器。

(2)材料：川乌 Aconitum Carmihaeli Debx、半夏 Pinellia tarnata Breit、瓜蒌 Trichosan thes Rirlowii Maxim、川贝 Fritillaria Cirrhosa D. Don、白蔹 Ampelopsis Japonica Makino、白芨 Bletilla Striata Reichb f. 均购自武昌区药材公司；乌头碱标准品(E・MERCK 公司)，其余试剂均为分析纯。

2、样品的制备：

(1)样品的编号及配比：见表 1

注：①样品 2、3、4、5、6 号同时制备半夏、瓜蒌、川贝、白蔹、白芨的样品对照液。

②表中浓度川乌 20%即 100ml 中含川乌 20g，半夏：川乌 40%即 100ml 中含半夏 20g，川乌 20g，依此类推即每个样品中川乌浓度 20%不变。

表 1：样品的编号及配比

编号	1	2	3	4	5	6
药对	川乌	半夏：川乌	瓜蒌：川乌	川贝：川乌	白蔹：川乌	白芨：川乌
配比	1	1：1	1：1	1：1	1：1	1：1
浓度(%)	20	40	40	40	40	40

(2)样品液的制备：

按表 1 配比分别取药材饮片入瓦罐中煎煮两次，第 1 次加 12 倍量水煎煮 40min；第 2 次加 10 倍量水煎煮 30min，过滤除渣，浓缩至所需浓度灌装灭菌即得。

3 样品中乌头碱的含量测定。

(1)标准曲线的制备：取乌头碱标准品于105℃干燥至恒重，精密称取0.0040g于100ml容量瓶中加N/10Ha5ml使溶，加蒸溜水至刻度，播匀，配成0.04mg/ml的标准液。分别称取标准液0、1、2、3、4、5ml加蒸溜水至5ml，PH4.2的柠檬酸、柠檬酸钠缓冲液5ml，0.1%溴麝香草酸兰1ml，氯仿10ml于分液漏斗中，充分振摇，放置分层，取氯仿层于415nm处测定吸收度，以0号作空白对照液。测定结果经线性回归得回归方程为Y=0.00374X+0.1125，相关系数：r=0.9997。

(2)回收率试验：将已知样品加到已知标准液中，同标准曲线项下操作，测得回收率为99.09%±7.16；n=5。

(3)样品中乌头碱的含量测定：分别取川乌；川乌+半夏，半夏；川乌+瓜蒌，瓜蒌；川乌+川贝，川贝；川乌+白蔹，白蔹；川乌+白芨，白芨各1ml于分液漏斗中，加水至5ml，共余操作同标准曲线项下，结果含量见表2·

表2：样品含量测定结果：

样品	川乌	川乌 + 半夏	川乌 + 瓜蒌	川乌 + 川贝	川乌 + 白蔹	川乌 + 白芨
含量mg/ml	0.1832	0.1450	0.1288	0.1784	0.1250	0.1530

注：川乌与半夏、瓜蒌、川贝、白蔹、白芨配伍样品均同时以半夏、瓜蒌、川贝、白蔹、白芨作空白对照液，已扣除其测定值。

从表2可见：川乌与半夏、瓜蒌、川贝、白蔹、白芨配伍后乌头碱的含量并未增加，而略有降低。

4、样品中有害元素的测定：

分别取川乌；川乌+半夏、半夏，川乌+瓜蒌、瓜蒌，川乌+川贝、川贝；川乌+白蔹、白蔹，川乌+白芨、白芨样品液稀释10倍，用火焰法于原子吸收分光光度计测定Pb、Cd含量；采用氢化物发生法于原子吸收分光光度计，氢化物发生器联用测下As、Hg。结果见表3：

表3：样品中有害元素测定结果(单位：ug/ml)

样品＼元素	川乌	川乌 + 半夏	半夏	川乌 + 瓜蒌	瓜蒌	川乌 + 川贝	川贝	川乌 + 白蔹	白蔹	川乌 + 白芨	白芨
AS(砷)	0.0498	0.0476	0.0469	0.0484	0.0533	0.0443	0.0469	0.0463	0.0456	0.0551	0.0553
CD(镉)	0.0040	0.0140	0.0100	0.0360	0.0300	0.0120	0.0160	0.0180	0.0180	0.0080	0.0040
Hg(汞)	0.0084	0.0105	0.0108	0.00287	0.0011	0.0108	0.0133	0.00287	0.0100	0.0105	0.0072
Pb(铅)	0.3560	0.3100	0.3380	1.0180	0.9600	0.4040	0.3620	0.5040	0.2440	0.2820	0.1400

从表3可见AS元素：川乌与半夏、瓜蒌、川贝、白蔹配伍后均低于川乌单味的量，川乌与白芨配伍后高于川乌单味但低于白芨单味；Cd元素：川乌与川贝配伍后高于川乌单味低于川贝单味的量，川乌与白蔹配伍后高于川乌单味等于白蔹单味量，川乌与半夏、白芨配伍后等于两单味药相加的量，川乌与瓜蒌配伍后略高于两单位药相加的量，Hg元素：川乌与半夏、瓜蒌、川贝、白蔹配伍后均低于川乌或配伍药本身的单味量，川乌与白芨配伍后高于单味量但低于两者相加量；Pb元素：川乌与半夏、白芨配伍后低于单味川乌的量，川乌与瓜蒌、川贝、白蔹配伍后高于单味量但低于两者相加量。

小结与讨论

1、本实验采用比色法测定乌头硷含量，本法简便快速。测定结果表明，乌头与半夏、瓜蒌、川贝、白蔹、白芨配伍后乌头硷含量均有不同程度的降低，说明配伍后未增加乌头硷的量。

2、从有害元素测定结果可见，As 元素测定最高值为：白芨 0.0553ug/ ml，若一次服用 100ml 即 553ug 距成人急性中毒量 0.1×10ug6 有 1 万多倍；Cd 元素测定量高值为：川乌配瓜蒌 0.036ug/ ml，即服 3.6ug 配距中毒量 0.1×105ug/ ml 约 2700 倍；Hg 元素测定最高值为半夏、川乌配川贝 0.0108ug，即服 1.08ug 距中毒量 0.3×103.ug 约 270 倍，Pb 元素测定最高值为：川乌配瓜蒌 1.018ug/ ml 即服 101.8ug 距中毒量 0.5×106ug 约 5000 倍。结果表明配伍后 As、Cd、Hg、Pb 有害元素含量距中毒量甚远。

3、有害元素测定结果还表明：川乌与半夏、瓜蒌、川贝、白蔹、白芨配伍后 As、Cd、Hg、Pb 有害元素含量几乎都低于配伍药对的相加值。所以有害元素毒性未见增加。综上所述：从乌头硷及有害元素含量看出川乌与半夏、瓜蒌、川贝、白蔹、白芨配伍后毒性未增加。

(冯汉鸽　张亚志)

冯耀南　　中药材经验鉴别的具体方法

中药材的经验鉴别，是指用人的各种感官（眼、耳、口、鼻、手等）以及一些简易的试验方法（如水试、火试等）对被检药材样品的性状或其他一些特征进行观察、试验，从而判断样品的种类和质量的方法。因为每种药材的性状（即药材的形状、大小、色泽、表面特征、质地、断面特征及气味）都有一定的稳定性，因此通过观察和试验能达到鉴定的目的。冯耀南老师从事中药工作多年，积累了丰富的经验鉴别方法，这些方法可分为眼观、鼻嗅、口尝、耳听、手感、水试、火试等七类。现将这些方法的具体应用情况及注意问题加以总结。

一、眼观法。本法是经验鉴别中应用最广的方法，因为许多药材的性状特征可以直观而知。按具体的应用可有以下几种情况。

1、直接观察。直接以肉眼观察药材样品的外观性状特征，再凭经验或对照标准样品进行判断，鉴定药材的种类和质量。例如，鉴定佛手可直接观察样品的“手指形”而确定。鉴定软紫草，直接观察样品的紫红色颜色及松散片状的形状来鉴定。

2、透光观察。应用于一些不易直接观察性状特征的花、叶类药材，观察时使光源（日光或电源光）的光线透过样品，再进行观察。鉴定某些叶类药材如观察青天葵的网格状叶脉，通过透光观察可清楚地看到样品的叶脉而鉴定真伪。

3、放大观察。应用于某些性状特征细小不易直接观察的药材，一般使用放大镜（5－10倍）。常用来观察某些药材的叶、茎是否有茸毛，细小的花的生长结构或其他一些表面的细微特征等。如放大观察可看到犀角角尖表面的“芝麻点”纹理。

4、水浸观察。应用于一些皱缩易碎的药材，如叶类药材。水浸样品变软后整理摊平，可观察到叶形、叶脉及其他特征。

5、断面观察。很多药材的断面具有一定的特征，可用作鉴定的依据。应用时可采用折断、刀具切断或砸破的方法使断面暴露后进行观察。如观察桔梗横切面的“菊花芯”，西洋参横切面的红棕色树脂道点。

眼观法应用的注意问题。

本法应用时应在光线充足的环境下进行，且避免使用有色光源以免影响对样品颜色的观察判断。

采用水浸观察的水温要适宜（一般60℃以内），浸泡时间要适中，以免使样品溶烂或软化不及。

二、鼻嗅法。一些药材散发出的气味是鉴定的依据，通过嗅闻其气味而鉴定真伪质量。具体应用如下。

1、直接鼻嗅。用于一些气味较易挥发的药材的鉴定。直接使样品与鼻接近，嗅闻散发的气味，如鉴定麝香、番红花、云木香等药材。

2、揉搓鼻嗅：主要应用于一些不易直接嗅闻的药材。某些花叶类药材，用于将样品揉搓至破碎再进行嗅闻，如鉴定鱼腥草。

3、折断嗅闻。主要就应用于一些不易直接嗅闻原根、根茎及茎类药材。折断样品立即嗅闻其新暴露面散出的气味以鉴定，如鉴定青木香(马兜铃根)。

4、热水浸泡鼻嗅。利用水温促使样品散发气味。主要应用于一些热水浸泡可散出气体的药材，如鉴定人中白。

鼻嗅法应用的注意问题是：

用于供鼻嗅的样品应有一定数量，量过少会影响嗅闻的效果。

三、口尝味。一些药材的味是主要鉴定特征，通过尝味或感觉嘴嚼现象可作鉴定依据，具体应用如下。

1、舌尝味道。取适当的样品放入口中，以舌尝味。如鉴定熊胆味苦回甜、牛黄味微苦回甘、西洋参甘苦味等。

2、牙嚼感觉。取适当的样品放入口中，以牙齿咀嚼，感觉嚼时的现象，如鉴定天麻不粘牙，大黄有砂砾感。

口尝法应用的注意问题。

以口尝味时入口后要嘴嚼一定时间，让样品的味接触到味蕾的各部分，以准确判断出味道。鉴定有毒性或刺激性药材，口尝后应立即吐出，并漱口和洗手。

四、耳听法。耳听药材样品活动时发出的响声，以判别真伪优劣的方法。

具体应用如下。

1、摇听。使样品来回摇动，听声以鉴定真伪和质量。如鉴定胖大海，有响声者为伪品(苹婆)；鉴定罗汉果，以摇不响者质量为佳。

2、折听。将样品折断，听折断时的声音，通常用作粗略判断药材的干湿程度。如折断北沙参。

五、手感法。用手感觉样品的软硬、轻重、粗滑以判别质量。

具体应用如下。

1、手抓。以手掌抓握样品，通过感觉软润或硬实的程度来粗略判别干湿。如手抓番红花、菊花、金银花等。

2、手摸。以手与样品相摩擦，感觉样品表面的光滑粗糙程度以判别质量。如手摸化橘红的表面茸毛而判别规格。

3、手衡。以手托样品，上下运动以感觉样品的沉重或轻泡程度以判别质量。如沉香，越沉重质量越好。

4、手压。以手指夹压样品，感觉样品的软硬，判断质量或粗略估计水份。如手压感觉马勃的弹性，手压感觉黄精的干湿。

手感法应用的注意问题。

对鉴定一些有刺棘的药材要小心操作，免致刺伤。

对鉴定一些毒性或有刺激性的药材，操作后要立即洗手。

六、水试法。将样品放到水中，观察样品在水中的现象或变化，以判断真伪质量的方法。具体应用如下。

1、水溶。将样品置水中，观察溶解现象以判别质量。如鉴定熊胆，正品的溶解速度较快，显一条黄线至杯底而不扩散。

2、染色。观察样品在水中将水染成的颜色以判断真伪。如苏木，能将水染成桃红色。

3、浸泡。将样品置水中适当时间，观察膨胀程度或浸泡后的变化以判断真伪。如浸泡蛤蟆油，体积应膨大10倍以上。浸泡燕窝丝后，手拉可感觉有一定的弹性。

4、加热。将样品放到热水中或置常温水中加热，观察样品的变化情况以判别真伪。如菟丝子，在热水中会吐出芡白色卷旋形的胚。

5、滴水。滴水于样品的表面，观察滴水处变化，判断真伪质量。如蟾酥，水滴处应很快显乳白色。

6、沉浮。将样品放到水中，观察沉浮现象以判别质量。如落水沉香（一种质量好的进口沉香）置水中会下沉。青黛撒于水面，应浮而不沉。

水试法应用的注意问题。

用作盛水的容器应是透明的玻璃器皿或内壁白色的容器，以易于观察颜色及其他变化现象。应用水浸泡法的浸泡时间与水温要掌握适当，因不同的品种而异。

七、火试法。用火焰对样品进行燃烧或烘焙，观察产生的颜色、烟雾、响声、膨胀、熔融、聚散等变化现象，以判断真伪的方法。具体的应用如下。

1、直火燃烧。将样品放在火焰中直接燃烧，观察燃烧过程的现象。如正品麝香，燃烧时应有轻微爆鸣声、膨胀、喷油珠、香气浓、燃后灰烬白色。又如铜绿，撒于火焰上会出现绿色焰光。

2、隔火烘焙。将样品放在介质（如铁皮、纸等）上，下面以火烘焙，观察烘焙过程的现象及变化。如马宝，置其粉末于铁皮上，烘焙能使粉末由分散聚向中心，并有马尿气。

火试法应用的注意问题。

火试使用的火焰应不产生气味和烟雾，如酒精灯。避免使用柴火或蜡烛，以免影响判断结果。对于一些能在燃烧中产生爆鸣、喷射的样品，操作时要注意安全，免被灼伤。

（黄文青）

吕侠卿

中药传统鉴别奥秘初探

中药鉴定分为性状鉴定、基源鉴定、显微鉴定和理化鉴定等多种方法。其中传统的性状鉴定又称经验鉴定，对保证药品质量和用药安全起着十分重要的作用。导师认为必须具备以下条件才能掌握传统性状鉴定的技能。

有扎实的基本功

中药传统鉴别，主要是靠经验的积累，因此必须对中药具有较广泛而丰富的基础知识。

1、识别药材，一般要求能识别常用动、植、矿物药材600～800种，并了解其中的混乱品种，伪劣品种，同名异物，同物异名，以及一物多种和全国习惯用药情况。

2、对地道药材有较深的了解，地道药材是优质药材的美称。导师对地道药材知之甚稔。如四川的附子、川芎、松贝，东北的人参、鹿茸、细辛、防风，山西内蒙的黄芪，广东的巴戟、砂仁，宁夏的枸杞，以及河南的四大淮药，浙江的浙八味等。

3、了解进口药材的品种质量情况。进口药材约占常用药材的6～8%，而且多系珍贵药材，因此了解进口药材品种质量情况就显得非常必要，如犀角，亚洲犀与非洲犀，价格相差上十倍，这里既有产地，也有品种质量问题，鉴定者必须了解亚洲犀有印度犀、爪哇犀、苏门犀三种。由于产地品种不同，角的生长也不同，苏门犀为双角犀，印度犀、爪哇犀都是独角犀，非洲犀的白犀和黑犀均为双角犀，又如牛黄、猴枣由于产地不同，质地也有差别，沉香、西洋参由于质地不同，价格差幅也大。同时，进口的西青果、血竭与国产品的植物基源不同，石决明原来进口的为杂色鲍（九孔鲍）、盘大鲍、羊鲍现增加了澳洲鲍、白鲍、耳鲍等等。像这些情况，要求鉴定者都要有所了解，方能正确掌握品种质地，比较准确作出鉴定结论。

4、了解药材生产、采收、加工情况，这是决定原药材质量的关键。如厚朴、杜仲一般以20年以上采收为好，现多提早采剥，因而质量低劣，浪费药源；采收期视其药用部位而定，大都以生长适度为宜。如根茎类药材一般在秋冬季或初春时采收，花类药材一般在含苞期或开放时采收，种子果实类药材多在果实成熟时或采收未成熟的幼果，皮类药材一般在春末夏初来剥，茎木藤类药材多在秋冬季采收，全草类药材一般在植株生长茂盛时采收。此外，中药材初加工也是一个重要环节，如厚朴、杜仲采剥后有一个发汗的工序，这样加工的厚朴香气浓、油性足，杜仲内表皮呈紫褐色、白术加工须用火炕至七八成干，堆放几天，使水份蒸发均匀，再炕干。现在多为晒干或用急火一次炕干（表面干了，内面未干），大大降低了质量。

另外，药材改家种后，形态也有变。如天麻，过去野生的多为椭圆形，现家种的多为长条形，桔梗野生的芦头上可见数个半月形茎痕，现家种的多无此特征。

其它涉及中药质量方面的有中药等级规格是否达到，贮藏保管的变异，加工炮制是否适度等，都要有所了解，才能作出准确的质量鉴定。

建立大脑信息中心——中药标本库

由于基本功的升华和多年经验积累，大脑神经中枢输入贮存了大量中药品种的形态，气味等信息，通过加工、筛选、整理、在脑海中形成一个比较完整的标本系列信息库，如：

珍贵药材系列，有人参、天麻、麝香、牛黄、鹿茸、冬虫夏草、狗宝、马宝、珍珠、虎骨等约40多种。这里贮存的不仅有正品，也有混乱品种和伪劣品种，如人参，脑际中的信息库中有野生与家种两大类。野山人参的主要特征"雁脖芦、枣核藤、八字腿、须具珍珠点"；家种加工的红参、白参有多种规格，以及历史上出现过的伪充品栌兰、商陆、紫茉莉、华山参、野豇豆等。又如，冬虫夏草除正品外，尚有类似品和伪品亚香棒虫草、香棒虫草、凉山虫草、分枝虫草、新疆虫草、蛹草、植物唇形科的地蚕等。

混乱品种系列。有刘寄奴、贯众、海桐皮、山豆根、紫荆皮、威灵仙、地丁等近百种。如刘寄奴，北方习用的为玄参科阴行草（湖南叫罐子茵陈或铃茵陈），湖南、湖北、贵州部分地区习用的为金丝桃科元宝草或湖南连翘（湖南连翘，江浙又作红旱莲销用），江苏、上海、浙江、江西习用的南刘寄奴，为菊科奇蒿；此外，还有菊科白苞蒿，红陈艾、华泽兰、羽叶马兰、金丝桃科地耳草，豆科的野百合等在部分地区当刘寄奴销用，贯众、山豆根、海桐皮等均有类似情况。

多种植物来源系列。有贝母、黄芪、党参、石斛、牡蛎、石决明、苍术、防风、升麻等百余种；如贝母有浙贝和尖贝两大类。尖贝又有松贝、青贝、岷贝、炉贝、平贝、伊犁贝母、天山贝母、湖北板贝、安徽贝母等。此外，还有伪劣品一轮贝母、光慈姑、丽江山慈姑、土贝母等。又如黄芪，植物基源主要为膜荚黄芪，蒙古黄芪及多序岩黄芪。过去商品规格复杂，有按产地命名的，如库伦芪、宁古塔芪、黑沙滩芪、浑源芪、三原芪、川芪等，按商品规格命名的有：正大皮、布奎芪、炮台芪、冲正芪、红兰芪、散芪、把芪等，现在分为白皮芪、黑皮芪、红芪三大类。类似品有梭果黄芪、多花黄芪、塘谷耳黄芪、金翼黄芪、扁茎黄芪以及塔城黄芪；伪品有，豆科草木樨、紫苜蓿、兰花棘豆、锦鸡儿根，以及锦葵科的圆叶锦葵、冬葵等的根。

善于抓特征

导师说：鉴别中药材要细心观察，辨别异同，抓住特征，可收事半功倍之效。如正品旋覆花有三个特征：花朵直径约一厘米左右，易散瓣，子房着生冠毛30余枚。而线叶旋覆花花朵较小，子房着生冠毛约20枚；湖北朝阳花花朵较正品大，不易散瓣，子房着生冠毛不到10枚而且短。这样就很快区分出三种不同种的旋覆花。又如金钱白花蛇伪品较多，但只要抓住金钱白花蛇二个特征，一个是白色环节，一个是尾下鳞，即可正确得出结论。

此外，老药工总结的一些鉴定术语，不仅生动形象，而且实用。如犀角的"天沟、地岗、马牙边、龟背盘、沙眼底"，海马的"马头、蛇尾、瓦楞身"，枫斗（石斛）的"龙头凤尾"，松贝的"怀中抱月"，野生桔梗的"半月痕"，关防风的"蚯蚓头"，等等。

传统鉴别方法的运用

传统的形状鉴别，是通过感官鉴别药材的一种方法。具有简便实用的优点，主要是通过眼看、手摸、口尝、鼻闻、水火试等办法进行。

眼看：主要是观察药材形状、颜色、表面特征及断面纹理。如传统经验把正品党参根头疣状突起称"狮子盘头"，银柴胡称为"珍珠盘头"，蕲蛇的特征叫翘鼻虎口、方胜纹、念珠斑、佛指甲，首乌横切面呈"云彩"状纹理，粉防己呈稀疏放射状纹理，广防己呈车轮样纹理。黄芪的颜色有白皮芪、黑皮芪

和红芪等等。

手摸：主要是检验药材质地轻与重，坚实与松泡，老与嫩、滑与涩、软与硬、柔润与柴性等，借以判断它的质地和真伪。如虎骨以坚实体重为其特征之一，豹骨则轻，梅花鹿茸以毛细嫩者质佳，海金沙以质轻光滑为好，掺伪品则质重或滞手；整个麝香以手按之有弹性者为好，质硬顶手者多为伪品或沤坏变质品。

口尝：是尝药材的味道。嚼之有渣无渣，有粘液无粘液。药材大都有它特有的味道，有的数味兼有。例如：正品黄芪嚼之味甜渣少，具有黄芪的香味，而伪品苜蓿根，兰花鞭豆类嚼之有生气，甜味不纯，有的味苦有点麻口，黄草石斛，环草石斛，耳环石斛嚼之有粘液，味甘淡，金钗石斛，马鞭石斛嚼之无粘液，味苦，田三七具甘苦味，伪品莪术伪充者则味辛辣。

鼻闻：是闻药材的特有气味，利用嗅觉辨别某种药材的香浊纯正。如麝香气香窜而持久，掺伪品则气味淡薄或无麝香的特有香气，冰片、樟脑均有浓烈香气，但一为龙脑香气，一为樟木香气，可资区别。又如有的独活与当归外形近似，但只要一闻气味两者即可判断。

水火试：在传统经验鉴别中，还有水试火试等检验方法，以辅助感官鉴别的不足，如西红花浸于水中，水现黄色，并可见漏斗状花柱，有的完整花柱呈三叉状，琥珀用火烧之冒白烟，气香者为优质，血竭（棕榈科）烧之呛鼻，有苯甲酸气味者为真品，用小刀在玻璃板上压碎，显桃红色或淡红色者为伪品，显鲜红色者为真品，海金沙浮于水用火烧有爆裂声为真，可与伪品区别等等。

有比较才有鉴别，老药工根据传统经验进行上述各种鉴别时，由于长期的工作实践，脑海中积累了大量信息，见多识广，运用自如，结论也就比较正确，为当今常用鉴定方法之一，这已为实践为证明。

（易三炎）

李大经　　烫制穿山甲的经验

穿山甲为鲮鲤科动物穿山甲(食蚁鲮鲤)Manis pentadactyla L.的鳞甲。亦称甲片。性微寒、味咸。归肝、胃经。具有活血化瘀、通经下乳、消肿排脓之功效。多用于经闭癥瘕,乳汁不通,痈肿疮毒等症。是临床常用的紧缺中药。由于本品系角质,质地坚韧,难以粉碎和煎出药效,并有腥臭气,故在历代本草书籍中均无生品供药用的记载,必须经炮制后方可入药。本品古代炮制方法很多,如童便浸炙、蛤粉炒、土炒、油煎等,现多采用砂烫法或砂烫醋淬法炮制,使其质地酥脆并去臭味后应用于临床。但在实际操作过程中很难达到质酥、色黄的标准,火候和温度也不易掌握,不是因温度过高造成焦化,就是因温度过低产生僵化,影响炮制品的质量。为广泛进行比较,我们又多次特意从国营药材经营部门购进穿山甲片的烫制品,仔细观察比较,不及和太过率也相当高,这势必会影响药物有效成分的煎出,进而影响临床疗效。我们在随导师——长春中医学院炮制教研室主任李大经教授授课之暇,专门以提高烫制穿山甲质量为题,向导师请教,李教授详细耐心地向我们传授了他40余年的烫制穿山甲的宝贵经验,其言传身教,使我们受益良多。今介绍给同仁,以供参考。

李教授认为要烫制好穿山甲,必须要认真做好以下三个方面:

辅料的选择、处理和用量:

1、砂的选择:砂是中药炮制烫法中常用的一种固体辅料,用其作中间传热体拌炒药物,能使药物受热均匀。烫制不同药物所需砂粒的大小不同,烫制穿山甲应选用直径约0.1—0.2cm的小河砂为宜。如砂粒太细,则炒药时附着甲片不易筛除净;砂粒太粗,则炒药时易焦边。

2、砂的处理:先将小河砂用筛子筛去粗粒和细粉,以清水洗净、干燥、再置锅内加热,并加入1—2%的食用植物油拌炒,至砂面光亮、色泽均匀时取出备用。上述油砂一般炒5次左右更换为宜,不可长时间使用,以免影响炮制品色泽。

2、砂的用量:以能掩盖所加工的大部分甲片为宜。如过多则操作费工费时又易烫焦;过少则受热不匀,又易使甲片与热锅壁接触,出现焦糊现象。

穿山甲片的清洁处理和大小、厚薄分档:

1、清洁处理:有些甲片由于产地加工处理不净而残存皮肉脂类,为避免烫时粘砂焦化,应将甲片浸热碱水中浸泡,去除污杂后,再用清水反复洗净,晒干。

2、大小、厚薄分档:甲片因产地和生长年龄、部位不同,而厚薄、大小各异,在烫制时受热面积和耐热程度也不相同,因此,在大量炮制时,除按常规大小分档外,还要在同档片中按厚薄再分成二档。如大小不分,厚薄不选,混同炮制,则因烫制时受热不均,当形体小、薄的甲片已达到标准时,而形体大、厚的甲片还未达到火候;当后者达到火候时,则前者已经焦糊,两者不能兼顾,势必会出现太过或不及,有人对穿山甲的尾甲(小甲片)与背甲(大甲片)总浸出物、总蛋白和钙等成分的分析对比,其结果证明:尾片的含量高于背片,由此说明传统认为“尾片力胜”、“小甲片质优”是具有科学道理的。为了减少由于炮制太过对小甲片的损耗,所以炮制前必须对甲片进行大小分档、厚薄分类。

炮制火候的控制和烫制程度的掌握:

在烫制甲片时，控制砂的温度是烫好甲片的关键，也是较难掌握的一个环节，必须认真去做。其方法是：取适量备炙好的细油砂置锅中，武火加热至灵活状态时，先以手离砂面约半尺左右试之，如觉有烫手感时即改武火为文武火；再将温度计插入距锅底 1.5cm 左右的砂中约 1 分钟温度终止上升时取出，所显示的温度在 250——260℃为适宜。此时可先投以少量(1－2 片)甲片，以试火力是否合适，若立刻出现卷曲并变成焦黄色，则说明温度过高，火力过大，可兑入适量备用的冷油砂，并减少火力；若烫成僵片，则说明温度低，火力过小，可加大火力；若发泡膨大，黄而不焦，则说明砂温适中。这时可将大小、厚薄分档的甲片，适量分批下锅炮制，同时保持好砂温，用大头铲勤加翻动，以使甲片受热均匀。由于砂温高，所以烫至符合标准时，应迅速出锅并筛去热砂，马上摊晾降温(或趁热速投入醋中略浸)，防烫焦粘砂，以保证药物质量的"适中"。

总之，砂烫甲片的要点是：选择砂粒大小及用量要适宜；甲片要按大小、厚薄分档；辅料及药物均要洁净；火候及炮制程度要控制准确；翻炒要勤；出锅、去砂、摊晾(或入醋中浸)要迅速。

李教授的言传身教，从理论到实践均给我们以很大的启发。我们按照李教授的指点，多次烫制穿山甲片，均取得满意的效果。又举一反三，按此要领烫制龟版、鳖甲、骨碎补、狗脊、马钱子等品种，皆收到良好效果，无太过和不及现象，达到了质地全部酥脆易断，易于煎煮和粉碎，利于净选，降低毒性等目的，确保了烫制药物的炮制质量，也定能提高其临床药效。

(袁淑芳)

陈绪伦　　切制前水处理的最佳软化方法

——砂润法

砂润法是以含充足水分的砂，通过与干燥的药材表面毛细管的接触，利用渗透压的原理，使砂中的水分逐渐渗入到药材组织内部，使之软化的一种润药方法，该法设备简单，操作方便，易于掌握，且药材在润药过程中不发霉，不伤水，不发泡，通过该法处理后切制出来的饮片符合质量要求，实为切制前水处理的最佳软化方法。为全面继承这一宝贵经验，使之能进一步推广使用，使传统"少泡多润"的原则向前发展成为"不泡只润"的高一级方式，使切制前水处理时有效成分的流失减少到最低水平，为此本文对28种不同类别的药材切制前的最佳含水量进行了测定，其方法如下：

实验部分

实验仪器和材料：

1、TG—328A全自动电光天平(上海天平仪器厂)

2、DZK88－A型电热恒温真空干燥箱(上海医疗器械七厂)

3、自制 $50\times40\times45cm^3$ 盛砂漏空容器。

4、供试药材均购自湖北省中药材公司民主路药店，品种经本院鉴定教研室协助鉴定。

实验方法：

1、自制盛砂的漏空容器，内壁四周以砂布铺平，容器内装入三分之二的洗净的中粗河砂备用。

2、将供试药品按规范要求，除去杂质及非药用部位后，置电热恒温干燥箱内，以60℃的温度干燥至恒重，于干燥器中冷却至室温，精密称重，然后，大小分档，埋入吸水饱和的中粗河砂内，一般质硬，体大者深埋，反之亦然，要求河砂与供试药材能充分接触，软化期间，每日淋水一次，至漏空容器底部有水滴流出为度。

3、用传统检查软化程度的手捏法、弯曲法、指掐法、穿刺法进行检查，并用切药刀手工试切，最后以陈绪伦教授认可为适中为准，迅速精密称重，根据下列公式，计算出切制前水处理软化药材的最佳含水量。

含水量％＝(水处理后药材重－水处理前药材恒重)/水处理前药材恒重

其测定结果见下表：

表　28种中药切制前水处理最佳含水量

类别	药物名称		处理前重(g)	处理后重(g)	含水量(％)	时间(天)
根	川乌	Radix Acomti	203.0549	335.3329	65.14	15
	秦艽	Radix Gentianae Macro-phyllae	43.9971	64.3068	46.16	1.5
	白术	Rhizoma Ac-tractylodis Macrocepha-lae	191.4156	304.4588	59.06	14
茎	首乌	Radix Polygoni Multiplori	94.4919	150.3607	59.13	1.5
	大黄	Radix et Rhizmo Rhei	105.4680	194.4826	84.40	7

	*黄精 Rhizoma Polygonati	71.9397	62.4843	12.89	6.5
			18.7316	12.89	9
	山药 Rhi-zoma Dioseoreae	52.4976	82.6865	57.51	6.5
	黄连 Rbizoma Coptidis	22.1604	39.6102	78.74	2
	当归 Rodix Angeli-cae Sinesis	46.8546	86.2157	84.01	1
	丹参 Radix Sal-wiae Mil-tior-rhizae	28.3718	69.4319	144.72	4
	赤芍 Radix Paesriae Rubra	34.8701	63.9631	83.42	4
	黑顺片 Radix Aconiti Later-alis Prepara-ta	32.4146	55.6416	71.67	1
	柴胡 Radix Bupleuri	28.8289	74.1636	157.20	2
	川牛膝 Radix Achgra nthis Bidentatae	40.8394	58.0732	42.20	1.5
	*甘草 RadixGly-cyrrhizae	51.2413	41.1398		3
			19.8671	69.71	7
			25.9570		4
	天南星 Rhizoma Arisae-malis	68.5374	119.8473	74.86	15
	半夏 Rhi-zoma Pinellioe	38.3631	70.0718	82.65	15
	*三棱 Rhi-zoma Sparganli	46.2572	52.7669	68.01	4
			28.8504		5
茎	*鸡血藤 Caulis Spatholobi	34.7609	33.0875	132.00	4
			47.5609	132.00	7
木	关木通 Caulis Aristolochiae Man-shun-riensis	24.7551	88.3279	256.81	7
皮	厚朴 CortexMagnoliae Offici-nalis	44.2883	74.3995	67.99	2
	杜仲 Cor-lex Eu-eommiae	15.9911	27.0901	69.41	1
	黄柏 CortexPhel-lodendri	16.5841	40.8357	146.20	2
	肉桂 Cortex Crn-namowi	31.4603	49.1086	56.10	1
	丹皮 Cortex Moudan	43.2307	72.2462	67.09	3
果	青皮 Peri-carpium Citri Reticu-latae	49.0868	85.4337	74.05	2
皮	陈皮 Pericarpium Citri Reticulatae	23.3592	42.9040	83.61	1
种子	槟榔 Semen Arecae	18.8271	24.0066	27.51	35

说明：1、凡药物各称前加注“*”号者为大小分档后处理；

2、川乌、天南星、半夏本不在切制前水处理范围内，选用此类药材是为今后改进此类药材的炮制方法而有意进行的尝试；

3、本实验均在0—20℃室温进行。

讨论

1、本实验结果表明，凡需要经水处理软化后切片的各类别药材均可用砂润法处理，其中包括质地非常坚硬以致于需长时间浸泡的药材，故可以认为，该法可改变药材切制前水处理的原则“少泡多润”而为“不泡只润”。

2、该法可有效地防止药物水溶性成分的流失，就目前采用的水处理方法来看，无论是传统的淋、洗、泡、润，还是现代的减压冷浸法，减压蒸气闷润法，均不可避免地使水溶性药物成分处于流动水的浸润状态，从而或多或少地造成这类成分的损失，而砂润法是利用砂的良好的保水性能，即砂

是水的载体，当药物与含有充足水分的砂接触时，由于干燥后的药材都是多孔性毛细管的结构，大小直径不同的气孔，毛细管都是吸收水分的良好通道，药材外部吸收水分与药材内部的干燥状况形成一定的渗透压，加之吸附后的水分与药材内部所含大量亲水性物质（如亲水胶体、蛋白质、糖类等）的结合，从而使水分由外部逐渐渗入到药物组织内部，达到软化药材而又不损失有效成分的目的，故可以认为，砂润法软化药材使水溶性成分的流失可以减少到最低水平。

3、本实验结果提示，各种不同类别的药材切制前的最佳含水量的多少有以下大致规律：茎木类＞果实（种子）类＞根茎类、皮类。

4、药材的质地与药材的软化时间成正比，对于质地较硬的药材水处理软化时间可达到一月有余，在实验过程中未曾发生过“松泡”、“伤水”、“发霉”等现象，这可能与砂事先经过清洗，且砂对药物无营养作用以及润药过程中深埋几个因素有关。药物的质地与含水量似乎无直接关系，但同种药物的体积与软化时间关系较大，因此软化药材时应注意分档。

5、药材经砂润法处理后，由于表面易于粘砂，切制时易损坏刀具，故可否采用纱布包或用吸水材料诸如海绵隔层分放予以解决，对此有待进一步研究。

6、砂润法的理论有待进一步提高，使其应用领域进一步扩大，笔者应用砂润法原理，将水改为白酒，半漏空容器改为密闭容器处理乌梢蛇，经 12 天的砂润达到去皮骨的满意效果。

总之砂润法是药材切制前软化药材的一个最佳方法，通过对该法的继承、发掘，以期在中药炮制过程中进一步扩大应用领域。

（毛维伦）

［Ｇｅｎｅｒａｌ　Ｉｎｆｏｒｍａｔｉｏｎ］
书名＝杏林真传：全国５００名中医药专家独特经验精华
作者＝张启文　李致重主编
页数＝５２１
ＳＳ号＝１１１９６４６０
出版日期＝１９９４年０６月第１版